

**Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України
Дніпропетровський національний університет імені Олеся Гончара**

Т.В. Єрошкіна, О.П. Татаровський, Т.М. Полішко, С.С. Борисенко

**ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ І МАРКЕТИНГУ
В МЕДИЦИНІ**

*Ухвалено вченою радою
як навчальний посібник*

Дніпропетровськ

РВВ ДНУ 2012

УДК 614.12–36; 658
ББК 65.9 (Укр) 495-21Я73
О-75

Рецензенти: д-р мед. наук, проф. П. П. Бачинський
д-р мед. наук, проф. О. В. Сергієні

О-75 Основи менеджменту і маркетингу в медицині [Текст]: навч. посіб./
Т.В. Єрошкіна, О.П. Татаровський, Т.М. Полішко, С.С. Борисенко. – Д.: РВВ
ДНУ, 2012. – 64с.

Розглянуто основні поняття про менеджмент як науково обґрунтований процес управління, комплексний та системний підхід до управління в медицині, види стратегічного менеджменту, завдання та функції менеджера системи охорони здоров'я в сучасних економічних умовах.

Наведено соціальні основи маркетингу, аналіз ринкових можливостей, маркетинговий підхід до управління клініко-діагностичною лабораторією.

Для магістрів ДНУ факультету біології, екології та медицини.

Темплан 2012, поз.51

Навчальне видання

Тетяна Василівна Єрошкіна
Олександр Петрович Татаровський
Тетяна Миколаївна Полішко
Світлана Сергіївна Борисенко

Основи менеджменту і маркетингу в медицині

Навчальний посібник

Редактор А.В. Стьожка
Техредактор Л.П. Замятіна
Коректор Т.А. Белиба

Підписано до друку 28.02.12 Формат 60x84/16. Папір друкарський.
Друк плоский. Ум.друк.арк. 3,7. Ум.фарбовідб. 3,7. Обл.–вид.арк. 5,4.
Тираж 100 пр. Зам.№

РВВ ДНУ, просп. Гагаріна, 72, м. Дніпропетровськ, 49010.
Друкарня ДНУ, вул. Наукова, 5, м. Дніпропетровськ, 4905.

© Єрошкіна Т.В., Татаровський О.П., Полішко Т.М., Борисенко С.С., 2012

Вступ

Управління – це вид діяльності, який залежить від цілого ряду зовнішніх чинників, зокрема, державного устрою, типу власності, зрілості ринку, кожен з яких вимагає наявності відповідної системи управління, обумовленої новою метою та завданнями для її досягнення. Як вид людської діяльності, управління існує з давніх часів. Однак за своїми нормами як у державному масштабі, так і на галузевому рівні управління не може дати визначеного та загального для всіх алгоритму дій. Проголошений у 1994 р. в Україні курс на соціально орієнтовану ринкову (змішану) економіку потребує зламу адміністративно-командної системи управління та переходу всіх галузей національного господарства, у тому числі й системи охорони здоров'я, на засади наукового управління, використання, придатних для України, універсальних положень світового менеджменту.

Серед принципів охорони здоров'я, задекларованих "Основами законодавства України про охорону здоров'я" (1992), виокремлюють децентралізацію державного управління, розвиток самоуправління закладів і самостійність працівників на правовій і договірній основі.

Заклади охорони здоров'я – це складна соціально-економічна система, з матеріальними, фінансовими, трудовими ресурсами, що потребують ефективної реалізації регулюючих функцій менеджменту та маркетингу. Без знань про сучасний менеджмент та маркетинг неможливо робити правильні висновки, покращувати діяльність системи охорони здоров'я.

Актуальність оволодіння майбутніми лікарями клінічної лабораторної діагностики науковими основами управління зумовлена тим, що їм доведеться працювати в умовах ринкових відносин. Ринок з його непевністю і конкурентністю вимагає від кожного спеціаліста вміння приймати науково обґрунтовані управлінські рішення перш за все в межах своєї професійної діяльності. Формування для системи охорони здоров'я не лише лікаря, а й управлінця якісно нового типу (професійного менеджера) потребує глибокого розуміння витоків управління як такого, його критичної оцінки, знань з історії становлення та розвитку галузевої вітчизняної системи, знайомства з еволюцією світового менеджменту та використання потрібного Україні досвіду.

1. Розвиток управління медичною справою в Україні

Процес управління медичною справою в Україні нерозривно пов'язаний з особливостями її історичного розвитку в складі Московської Держави й Австро-Угорської імперії (до останньої в 1772 р. відійшли історично українські землі Галичини та Буковини). Початок XVIII ст. в Росії ознаменований створенням нового апарату державного управління. Централізованим органом управління медичною справою (суб'єктом управління) стала Медична канцелярія (1707), згодом перетворена на Медичну колегію (1721), якій як об'єкти управління безпосередньо були підпорядковані всі лікарі, лікарні, госпіталі, спеціалізовані навчальні заклади (госпітальні школи) й аптеки.

Нова форма державного управління – адміністративно-територіальна –

потребувала розподілу Російської імперії на губернії (1755). Його результатом стало заснування у містах перших державних органів управління медичною справою – Приказів громадської опіки, яким підпорядковували міські лікарні для цивільних, аптеки, шпиталі, притулки для сиріт і психічно хворих, тобто заклади з надання допомоги окремим верствам населення. Однак уже через 10 років загальне управління приказною медициною входило до обов'язків обер-поліцмейстера, що позбавляло лікарів будь-яких адміністративних прав. З того часу поліція в тією чи іншою мірою наглядала за медичною справою до 1917 р.

Кінець XVIII ст. ознаменований певною децентралізацією управління медичною справою – створенням на місцях губернських лікарських управ (1797), яким Медична колегія делегувала функції безпосереднього оперативного управління медичною частиною в межах губерній. Це поклато початок новому в Росії та Україні адміністративно-відомчому принципу управління медичною справою, підпорядкувавши її як Медичній колегії, так і губернатору. До складу губернського адміністративного апарату вперше були введені посади лікарів (інспектора, керівника управи, оператора-хірурга й акушера), що заклало підвалини становлення системи управління медичною справою на регіональному рівні. Однак у Волинській, Київській, Подільській губерніях поряд з лікарськими управами до 1911 р. існували Прикази громадської опіки, що спричинило до двовладдя в управлінні медичною справою та свідчило про відсутність єдиної його системи.

Реформа управління медичною справою кінця XVIII ст. призвела до реорганізації самої Медичної колегії, залишивши їй у безпосередньому підпорядкуванні лише заклади загальноросійського державного значення: госпітальні школи, провідні госпіталі, стаціонарні аптеки. Проте така форма управління тривала короткий час і вже на початку XIX ст. у Росії була проведена державна реформа центральних органів управління: скасування колегій і введення у 1802 р. нової, на європейський зразок, форми державного галузевого управління – міністерств. Однак, ліквідувавши Медичну колегію, уряд не створив відповідного міністерства, а передав управління медичною справою одному з підрозділів Міністерства внутрішніх справ – Експедиції державної медичної управи.

Реформи державного управління медичною справою супроводжувалися її розподілом на цивільну та військову медицину, частковою децентралізацією (підпорядкуванням лікарських управ безпосередньо губернаторам), реорганізацією Експедиції державної медичної управи у вищий орган управління – Медичний департамент МВС, який існував майже століття, до 1917 р. Результатом проведених реорганізацій стало поступове набуття лікарськими управами поліцейсько-бюрократичного характеру. У результаті земської реформи у другій половині XIX ст. в Росії та Україні владу на місцях передали новим органам самоврядування – губернським і повітовим земствам, тобто надали певної автономії в управлінні, зберігаючи необмежену владу правлячої верхівки.

Земства заклали в Україні основи якісної нової організації медичної допомоги – земської медицини, яка являла собою систему медико-санітарного обслуговування сільського населення на основі самоврядування. Земська медицина потребувала формування нових органів управління медичною справою, які б від-

повідали її новим завданням. У результаті медичні заклади опинились у подвійному підпорядкуванні: за напрямком діяльності – місцевим, губернським і повітовим земським зібранням як вищим органам влади, а в адміністративно-господарчому відношенні – земським управам як виконавчим органам. Суттєву роль в управлінні земською медициною, особливо на початковій його стадії, відігравали повітові та губернські санітарні (медичні) ради, а також з'їзди лікарів як колективні дорадчі органи.

Саме в умовах земства вперше з'явилися усі необхідні з сучасного погляду елементи системи управління: суб'єкт (губернські та повітові земські зібрання та земські управи), об'єкт (мережа лікувальних, санітарних та інших земських закладів) і блок наукового регулювання (губернські санітарно-статистичні бюро, губернські та повітові з'їзди лікарів). Однак завершеною такою систему управління визнати не можна, оскільки земства як органи місцевого самоврядування існували лише на рівні губерній і повітів за відсутності їх представництв у волостях та на державному рівні. Оскільки уряд не делегував земствам свободу й самостійність, їх управлінські рішення додатково затверджував чи скасовував губернатор або міністр внутрішніх справ.

Земська реформа сприяла також формуванню системи міського управління. Згідно з "Городським положенням" (1870) міські думи (виборні органи громадського управління) та міські управи (виконавчі органи) отримували, як і земства, порівняно високий ступінь самостійності у вирішенні місцевих питань, зокрема "народного здоров'я". З такою системою управління медичною справою Східна Україна прийшла до жовтневого перевороту в Росії у 1917 р.

У Західній Україні медична справа століттями була підпорядкована законам Речі Посполитої й Австро-Угорської імперії. При цьому управління нею в Галичині послідовно пройшло шлях від керівництва Львівською медичною школою управами до централізованого управління відповідним департаментом Міністерства внутрішніх справ Австро-Угорщини та Крайовою радою здоров'я.

Перший орган управління медичною справою на Буковині з'явився на 100 років пізніше ніж у Галичині. Ним стала створена в Чернівцях Буковинська крайова санітарна рада, яка існувала з 1871 до 1919 р. Наведені дані свідчать про значні розбіжності в управлінні медичною справою у Східній і Західній Україні як за часом його встановлення, так і формами керівних органів, обумовлені особливостями устрою панівних на їх територіях держав.

Радянський централізований орган управління медичною справою в Україні було створено при Тимчасовому робітничо-селянському уряді України у вигляді відділу охорони здоров'я у 1919 р., який пізніше реорганізовано в Народний комісаріат охорони здоров'я. 19 березня 1919 р. Рада народних комісарів України прийняла постанову "Про організацію місцевих відділів охорони здоров'я", згідно з якою передбачали створення губернських і повітових відділів охорони здоров'я місцевих рад. Це завершувало організаційне формування системи управління медичною справою за відомчо-територіальним принципом: центр – губернський центр – повіт. Але при цьому не було місцевого органу управління у районі, що свідчило про відсутність на той час цілісності системи управління у галузі охоро-

ни здоров'я, зокрема сільської.

Адміністративно-територіальну реформу, проведену в Україні в 1922–1925 рр., позначено визнанням району як адміністративної одиниці, що стало переломним етапом формування системи управління у галузі охорони здоров'я, та введенням при райвиконкомах посади уповноваженого губернського відділу охорони здоров'я. Прийнятим у 1925 р. урядовим "Положенням про місцеві органи Народного комісаріату охорони здоров'я" замість губернських і повітових відділів створювали окружні, міські та районні відділи (інспектури) охорони здоров'я, яким передавали низові адміністративно-господарчі функції. Район на чолі з райздоровінспектором уперше ставав самостійною ланкою управління системою сільської охорони здоров'я.

20–ті рр. ХХ ст. ознаменувалися новими підходами уряду до ведення народного господарства та управління ним – переходом на п'ятирічні плани розвитку, чим було закладено основи адміністративно-командної системи управління. За короткий час була створена жорстка модель вертикального управління, за якої суб'єкт управління будь-якого рівня являв собою безапеляційну інстанцію, об'єкт фактично було перетворено на безправного виконавця вказівок "зверху", а блок регулювання системи – на накопичення інформації. Саме її виконання і покладено в основу всієї системи управління, а фактично не управління, а керівництва системою або тим чи іншим об'єктом. Наступні адміністративно-територіальні реформи в Україні привели до скасування округів і розподілу на області з реорганізацією окружних відділів охорони здоров'я в обласні та районні здоровінспектури, райздороввідділи.

У післявоєнні роки було проведено реорганізацію Народного комісаріату охорони здоров'я в Міністерство охорони здоров'я зі збереженням на місцях довоєнної структури органів управління. 50-60-ті рр. ХХ ст. характеризують суттєві зміни в управлінні системою охороною здоров'я на селі: скасування райздороввідділів і передача керівництва закладами району головному лікареві районної лікарні, а також впровадження нової форми управління в умовах укрупнених сільських районів і створення якісно нової організаційної форми – центральних районних лікарень (ЦРЛ). Відповідно до функцій, ЦРЛ перетворювали не тільки на осередок спеціалізованої медичної допомоги населенню району, але й на центри оперативного та стратегічного управління всіма лікувально-профілактичними закладами району, виконавців функцій колишнього райздороввідділу. Таким чином, створення у районі головного медичного закладу нового типу, у якому поєднано надання висококваліфікованої медичної допомоги з одночасним виконанням управлінських функцій, виправдовує себе й до цього часу.

Усе ж загальнодержавну систему управління охороною здоров'я (міністерство, обласне управління, ЦРЛ, медичний заклад) залишили адміністративно-командною. Її вважали логічно стрункою, монолітною і стабільною системою, проте на практиці вона мала застійний характер. Її особливості полягали: у "поклонінні" перед верхами та мінімальному оновленні керівних кадрів; перетворенні кожного керівника зверху донизу лише на свого представника, а не правомірного управлінця у сфері своєї діяльності; делегуванні прав лише "догори"; від-

сутності госпрозрахунку. Існування адміністративно-командної системи було забезпечене, зокрема, згортанням демократії та гласності. Цьому виду управління притаманні надходження команди лише "зверху" та відсутність безпосереднього зворотного зв'язку як характерної ознаки будь-якої організованої системи. Якщо ж він все-таки був, то лише опосередкований і багатоступеневий. Саме ця система управління з її модифікаціями останніх років періоду застою, існувала в Україні на початку 90-х рр. ХХ ст. і стала однією з причин кризи у галузі охорони здоров'я. Її потрібно не тільки реформувати, а й створити замість неї якісно нову, відповідно до вимог ринку та досягнень світового менеджменту, систему. Необхідно також передбачити багатокладність економіки системи охорони здоров'я та багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій із децентралізацією та заохочування підприємництва й конкуренції.

2. Поняття менеджменту, його особливості в сучасний період

Еволюційний шлях менеджменту як науково обґрунтованого процесу управління нараховує більше ста років. Поняття менеджменту та менеджера, як професіонала-управлінця, виникли в надрах ринкового середовища та капіталістичного способу виробництва. У колишньому СРСР менеджмент не визнавали та трактували як науку буржуазного управління.

За визначенням американського вченого П. Друкера (1974), менеджмент означає функцію та людей, що її виконують, вказує на соціальне або посадове положення. У той же час менеджмент – це навчальна дисципліна та галузь наукового дослідження.

А. В. Попов (1991) і Л. І. Євєнко (1992) у це поняття вкладають декілька значень. По-перше, це самостійна галузь знань, що сприяє виконанню управлінських функцій, міждисциплінарна галузь, яку точніше було б назвати "управлінською думкою". По-друге, це вміння досягати поставленої мети, використовуючи працю, інтелект і мотиви поведінки інших людей. По-третє, це функція, вид діяльності з управління людьми в найрізноманітніших організаціях або системах (у цьому випадку найбільш співзвучне нашому поняттю "управління"), а також визначення соціального прошарку людей, які виконують управлінську роботу.

Загалом, **управління** – це діяльність керівного, організаційно-правового та адміністративного характеру для організації та реалізації цілеспрямованих впливів керуючого суб'єкта на керований об'єкт, які забезпечують найбільш раціональне й ефективне функціонування системи для досягнення поставленої мети та виконання завдань.

Управлінську діяльність посадових осіб, яка полягає у спрямуванні роботи установи та включає прийняття рішення, його планування, організацію та контроль виконання з використанням різних способів впливу на підлеглих, називають **керівництвом**.

Управлінською можна вважати діяльність будь-якого лікаря, який має у своєму підпорядкуванні персонал, підрозділ чи заклад охорони здоров'я.

Дуже близьким поняттям до "управління" є закордонний термін "менеджмент".

Менеджмент – це мистецтво керувати інтелектуальними, фінансовими та матеріальними ресурсами організації з метою досягнення її найефективнішої діяльності. Можна також вважати, що менеджмент – це сукупність науково обґрунтованих раціональних методів і організаційних важелів управління системою. При цьому необхідно особливо наголосити на тому, що це не проста сукупність управлінських заходів, а їх взаємопов'язана і взаємообумовлена система, яка лише у такому вигляді і за такої умови спроможна досягти найкращих результатів.

Менеджмент як управлінська думка є складовою частиною управлінської діяльності, що реалізує на практиці теорію ефективного управління колективами. Він охоплює методи та техніку управління системами, спрямованими на досягнення поставленої мети за умов оптимального використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів. Його завдання полягає у раціональній організації роботи систем, до яких належить і охорона здоров'я, з метою отримання максимальних кінцевих результатів.

Засновником "класичної школи управління" або "школи наукового менеджменту" є американський інженер Ф. Тейлор (1856–1915), який на початку ХХ ст. першим висловив думку, що управління підприємством (організацією) має стати системою, заснованою на відповідних наукових принципах. Розроблення наукової організації праці було покладено в основу формулювання провідних принципів наукового менеджменту, покликаних замінити авторитарні методи управління більш раціональними підходами.

До визначних представників "класичної школи" належать також А. Файоль, Г. Емерсон, М. Вебер. Французький інженер А. Файоль (1841–1925) – фундатор наукового обґрунтування так званої "адміністративної (управлінської) доктрини", згідно з якою основна причина низької ефективності діяльності будь-якої організації (системи) полягає у недосконалості управління нею. Він також першим виокремив такі основні функції управління, як передбачення, організація, розпорядництво, погодження та контроль.

Американець Г. Емерсон (1853–1931) першим вказав на необхідність і доцільність комплексного підходу до організації підприємства (системи). Він увів поняття "ефективність", яке означало максимально вигідне співвідношення між витратами та отриманими результатами.

Німецький соціолог М. Вебер (1864–1920) є автор теорії "ідеальної бюрократичної організації управління", тобто професіоналізму у сфері управління, заснованому на особливих раціональних рішеннях.

Американський соціолог і психолог Е. Мейо (1880–1949) став засновником нового напрямку менеджменту, що отримав назву "доктрини людських стосунків" (30–ті рр. ХХ ст.). Основні положення його вчення зведені до того, що у будь-якій організаційній структурі (системі) необхідно вбачати не лише машини, чому віддавав перевагу Ф.Тейлор, а й саму людину. Тобто менеджмент – це перш за все процес управління людьми, створення **мотивації** для їх ефективної діяльності.

Головними *характерними особливостями сучасної світової науки управління (менеджменту)* є:

– прагнення до заміни традиційних методів управління новими із застосуван-

ням теорії систем і системного підходу;

– розробка та оптимізація на науковій основі управлінських рішень (системний аналіз, моделювання та ін.);

– перехід у вирішенні організаційних проблем управління від побудови управлінських структур, заснованих на виділенні його функцій, до створення програмно-цільових структур, заснованих на їх інтеграції для досягнення мети;

– забезпечення всіх рівнів виробництва інформаційною та обчислювальною технікою для виконання широкого кола управлінських та інших завдань.

Одна з фундаментальних тез менеджменту наголошує на тому, що він як загальна функція вирішує схожі проблеми у кожній системі, оскільки основні принципи науки управління підійдуть будь-якому підприємству або галузі господарства, у якому б національному чи політичному середовищі вони не знаходилися. Звідси й такі особливості менеджменту як **універсальність** та **інтернаціональність**.

Існуючі в минулому погляди щодо доцільності постановки питання про менеджмент і менеджерів у системах, які не мають безпосереднього відношення до бізнесу, в останні роки у світовій практиці переглянуті. Більшість теоретиків вважають, що для досягнення мети та максимальної ефективності за мінімальних витрат будь-яким організованим структурам слід застосовувати загальні принципи та методи менеджменту.

Досвід управління національними медичними службами економічно розвинених країн свідчить, що вказане повною мірою стосується й системи охорони здоров'я, менеджмент якої повинен стати невід'ємною складовою частиною формування в Україні національного менеджменту. Формування останнього зумовлено кардинальними змінами в нашій державі, найважливішою серед яких є перехід від адміністративно-командних до ринкових відносин.

Загалом же сучасна теорія менеджменту являє собою групу напрямків з вивчення проблеми управління з різних позицій, відтворює переломний характер еволюції управління, що потребує від майбутнього лікаря відповідних знань, зокрема, теоретичних основ і системного підходу до управління галуззю охорони здоров'я як системою.

3. Управління як наука, принципи та методи

Теорія досліджує і визначає закономірності перебігу процесів і явищ у даній галузі.

Теорія управління вивчає закономірності формування, побудови, функціонування та розвитку різних його систем, перспективність застосування методів, організаційні принципи структур.

Наука управління – це види діяльності, організаційно-технологічні й технічні заходи керівництва окремими виробничими системами та колективами, спрямовані на досягнення максимально повного ефекту за мінімальних витрат часу, людської праці й енергії, в основу яких покладено вивчення та застосування законів і принципів, залежності між причинами та наслідками.

Управління взагалі та самоуправління зокрема слід розглядати як соціальну

функцію. *Основою науки управління є сукупність дисциплін (філософія, соціологія, економіка, правознавство, психологія, кібернетика та ін.), що вивчають і забезпечують практику управління та засновані на позиціях теоретичних управлінських підходів.*

Підвищення рівня управління пов'язано з необхідністю подальшого розвитку науки, дослідження її теоретичних та організаційних основ.

Отже, управління варто розглядати як наукову дисципліну, що має предмет, історію, закони, принципи, функції та методи, застосування яких дозволяє конкретизувати і доповнювати її ціль, задачу та зміст.

Предмет науки управління – це організація систем і їх складових частин, обґрунтування схем-моделей і процесу управління, тобто визначення її сутності та способу застосування.

Управлінську діяльність здійснюють за відповідними законами науки управління – ними є виділені теорією найбільш істотні, першорядні за своїм значенням взаємозалежності та зв'язки. До законів науки управління, заснованих на теорії систем, теорії управління та прийняття рішення, належать:

- основні закони економічної теорії;
- зворотного зв'язку;
- єдності дії всіх законів управління;
- скорочення шаблів управління;
- гармонійності структури та функції;
- зміни функції управління;
- інерції та опору в людських стосунках;
- розподілу праці;
- інтеграції трудового процесу;
- неухильного збільшення продуктивності праці;
- єдності управління з будь-яким об'єктом;
- співвідносності керуючої та керованої системи;
- поширеного контролю та ін.

Управління засноване на комплексному підході до застосування цих законів. Ефективність управлінської діяльності залежить від ступеня активного використання принципів та методів науки управління.

Принципи управління – це головні, вихідні положення теорії, вчення, науки, до яких належать: об'єктивність і конкретність, науковість, системність, комплексність, плановість, оптимальність і ефективність, раціональне поєднання централізму з демократизмом та єдиного керівництва з колегіальністю, галузевого та територіального управління, стимулювання праці; постійне вдосконалення форм і методів роботи, обліку та контролю.

Методи покликані виробити систему різноманітних засобів і прийомів вивчення та узагальнення дійсних явищ у даній галузі знань, дати теоретично обґрунтований опис наукової та практичної діяльності людей у виробничій сфері.

Головні методи науки управління: історичний, логічний, багаторівневого підходу, комплексного підходу, системного підходу, наукового експерименту.

Всі ці принципи та методи притаманні й системі охорони здоров'я, тому

остання має відповідати загальним ознакам, до яких належать: наявність системи та її керуючої і керованої структур; динамічний характер та його підсилююча здатність; зв'язок елементів; наявність інформації; цілеспрямованість управління.

Причини, що ускладнюють управління системою охорони здоров'я:

- обмеження рамками складної організаційної моделі;
- вплив на складні об'єкти, які у свою чергу характеризують різноманітні явища;
- наявність численних функціональних операцій і процедур, що виконують структурні підрозділи зі складними управлінськими взаємовідносинами.

Крім того, процес управління системою охорони здоров'я зумовлений і зовнішніми чинниками, а саме:

- ускладненням завдань, покладених на неї;
- прогресуючим процесом спеціалізації та диференціації медичних знань і функцій, що вимагають їх інтеграції;
- необхідністю знань з комплексних дисциплін, що інтенсивно розвиваються (теорії соціальної медицини, медичної статистики, економіки, планування та ін.);
- змінами у структурі захворюваності населення, зумовленими виходом на перший план хронічних соматичних хвороб;
- наростанням потужності закладів охорони здоров'я й ускладненням процесів керування ними та ін.

Чинники, що сприяють ефективному управлінню системою охороною здоров'я:

- удосконалення підбору керівних кадрів;
- наукове удосконалення стилю роботи керівників;
- комплексне удосконалення процесу управління (кваліфіковане та ефективне виконання функцій управління);
- удосконалення функції та структури апарату управління;
- наукова організація праці в керуючій і керованій підсистемах;
- забезпечення активності медичних колективів під час виконання завдань, поставлених перед системою охороною здоров'я загалом і закладом, зокрема.

Комплексний підхід в управлінні, у свою чергу, залежить від кваліфікації та компетентності керівника, наявності інформації як знаряддя праці (її якості, інтенсивності надходження, системності, своєчасності, достовірності), володіння загальною технологією процесу управління на кожному етапі.

4. Комплексне вдосконалення процесів управління

Управління виникло та розвивалося, насамперед, як потреба узгодження дій для одержання заданого результату діяльності людини, колективів, згодом – організацій, відомств, держави та суспільства. Тобто першопричиною появи управлінської діяльності й управлінських взаємовідносин стала трудова діяльність.

Надалі управління стає видом фахової діяльності, пов'язаної з необхідністю виконання специфічних функцій. Для успішного виконання управлінської роботи

необхідні фахова освіта, відповідна підготовка, оволодіння конкретними навичками та визначеними рисами характеру (комунікабельність, підприємливість, організаторські здібності та ін.).

Управління, управлінська діяльність є складовою частиною виробничих відносин, обумовлених суспільним характером, являє собою складний і специфічний вид діяльності, успішність якого залежить від відповідної підготовки, застосування не лише простих схем, прийомів і правил роботи. Управляти можна людьми, знаряддями праці й атрибутами, що їх супроводжують (інформацією, фінансами, знаннями, досвідом і т.д.). Між тими, хто управляє та ким управляють, виникають певні взаємовідносини за принципом прямого і зворотного зв'язку.

Комплексність в управлінні будь-якими соціальними системами, визначають:

- постановкою цілей, формуванням задач;
- організацією системи та її складових частин (з урахування в першу чергу – функцій, а у другу – структури);
- прийняттям управлінських рішень і забезпеченням їх реалізації;
- урахуванням взаємовідносин і взаємодій робітників, колективів;
- забезпеченням комплексного підходу до роботи з персоналом.

Специфіка діяльності зумовлена також тим, що управління – це наука, функція, процес і мистецтво.

Для усвідомлення сутності управління необхідно осмислити парадигму – ключову ідею, що лежить в основі побудови концепції або вихідної позиції (поняття, модель, схема) у постановці проблем, їх поясненні та вирішенні. За сучасною парадигмою науки основою визначення поняття "управління" та побудови його наукової концепції є діяльність людини та всі чинники її здійснення – мотиви, інтереси, цінності, стимули, зміст і т. п.

У літературі подано багато різноманітних варіантів визначення поняття "управління". Проте абсолютна більшість дослідників погоджується з тим, що споконвічною основою управління є вплив. Тому *під управлінням варто розуміти організацію та реалізацію цілеспрямованих, регламентованих і адекватних управлінській ситуації впливів, що забезпечують максимально раціональне, оперативне й ефективне функціонування керованої системи з метою досягнення поставлених цілей і задач.*

Таке визначення поняття "управління" свідчить, що в його основу покладено той чи інший вплив (наказ, розпорядження, вказівка, план, зауваження, побажання, прохання, критика та ін.), який відповідає п'ятьом вимогам, а саме: організованість, реалізованість, цілеспрямованість, регламентованість, адекватність конкретній управлінській ситуації. Поняття визначає ряд принципових вимог до управлінської діяльності: забезпечення максимально раціонального, оперативного й ефективного функціонування керованої системи задля досягнення поставлених цілей і задач.

Принциповим етапом організації управління є моделювання його системи. Система управління – це сукупність дій, спрямованих на узгодження спільної діяльності людей, а також сукупність пов'язаних ланок (проблем) управління. Ланки

системи управління різноманітні, їх зв'язки та взаємодія окреслюють структуру та складові частини управлінської проблеми. Останні формують конкретний комплекс проблем з визначеною ієрархією.

Комплекс проблем науки управління складають на сьогодні *4 провідних блоки*: аспекти організації системи управління; методи управління; культура управління; техніка управління (рис. 1).

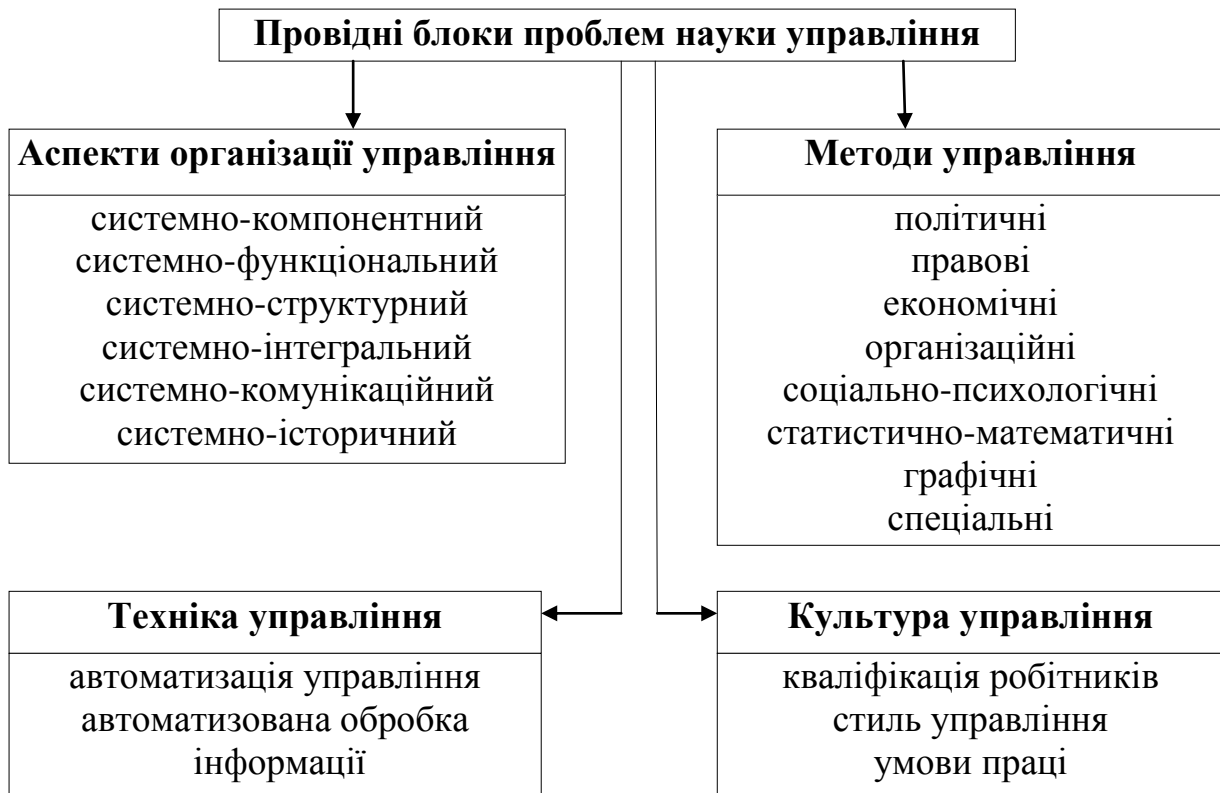


Рис.1 Комплекс проблем науки управління

Знання теоретичних аспектів комплексу проблем системи управління має велике практичне значення для організації керівництва системою медичної допомоги, оскільки дозволяє скласти план роботи над удосконаленням управління не лише всією системою, а й її підсистемами. Також такі знання дають можливість розробити програму та план підвищення кваліфікації управлінського персоналу і контролю стану управління системою, згрупувати інформацію про кожну проблему.

Як правило, будь-яка керована система має ряд чинників, що стабілізують і забезпечують її ефективне функціонування, наприклад, надання медичної допомоги населенню. Одним із напрямків стабілізації діяльності системи та застосування надійних механізмів мають бути наукові основи управління. Для впровадження їх у діяльність дійсної системи медичної допомоги необхідно вирішити такі питання:

- наявність високоорганізованої системи та її складових підсистем;
- розробка технологічно-функціональних аспектів управлінської діяльності;
- наявність кваліфікованих кадрів;
- надійність і своєчасність інформації;

- адекватність фінансування та матеріально-технічної бази;
- перерозподіл функцій і реорганізація відповідно до них структури керуючих об'єктів на всіх ієрархічних рівнях з широким делегуванням прав і обов'язків керівникам.

Проблеми здоров'я значною мірою перебувають за межами медичної компетенції та мають соціальне підґрунтя, тому в управлінні системою медичної допомоги існують принципові особливості невідкладності. До того ж сама система носить імовірний характер функціонування. А це, у свою чергу, вносить корективи у сформовані механізми організації системи та надання медичної допомоги, забезпечення заходів щодо зберігання та зміцнення здоров'я населення. Через орієнтацію на ринкову економіку питання про удосконалення управління системою медичної допомоги стає особливо доцільним і принциповим. Тому знання блоків комплексу проблем науки управління має велике практичне значення для менеджерів медичних закладів.

5. Організація системи управління

Реформування системи охорони здоров'я та її пристосування до умов ринкових відносин вимагають від кожного практичного лікаря знань для об'єктивної оцінки власної діяльності, медичного закладу, розробки й обґрунтування перспективності планів його розвитку, прийняття оптимальних рішень, у тому числі управлінських. Природно, що цьому повинен передувати глибокий аналіз попередньої діяльності. У таких умовах, поряд із традиційними методами аналізу, на перше місце виступає системний підхід як можливість наукового пізнання практики, в основу якого покладено дослідження об'єктів як систем.

Організація керівної системи заснована на теорії систем, тобто на системному підході. Початок теорії соціальних систем поклали дослідження професора Гарвардського університету Г. Бернарде (1930).

Система – це сукупність компонентів, взаємодія яких породжує нові властивості системи, не притаманні її складникам.

Керована й організована система – це системно упорядковане цілісне динамічне утворення, із сукупності необхідних для виробництва повноцінних компонентів, цілеспрямована взаємодія яких забезпечує нові інтегровані якості та властивості, що не були притаманні їм, взятим окремо .

До організованих належать системи охорони здоров'я та медичної допомоги як єдині, цілісні, державні, з рівноправним існуванням усіх форм власності, до складу яких входять численні взаємопов'язані елементи, структури, служби.

Будь-яка система має такі особливості та властивості:

- цілісність;
- сукупність елементів;
- взаємодія елементів внутрішньої структури;
- внутрішні та зовнішні зв'язки;

Будь-яка система функціонує для досягнення певної мети (у системі охорони здоров'я – збереження та зміцнення здоров'я та продовження активного періоду життя

населення; у системі медичної допомоги – відновлення здоров'я населення та проведення медичної профілактики).

Найважливішою особливістю кожної системи, у тому числі й медичної допомоги, є настільки тісний зв'язок між її елементами, що зміна одного викликає зміну інших, а нерідко й системи загалом. Випадіння одного з елементів буде свідчити про порушення або відсутність її цілісності.

У кожній системі існують, як правило, два види компонентів: підсистеми й елементи. Галузь охорони здоров'я як самостійна система одночасно є підсистемою відносно держави та суспільства, її підсистемами безпосередньо є медичні науки та освіта, практична охорона здоров'я і т. д. У свою чергу кожен підсистему утворюють численні елементи: окремі медичні заклади, служби, підрозділи. Тобто система – це не проста сума або механічний набір компонентів, а цілісне утворення, між частинами якого існують певні зв'язки.

До системи належать три самостійні, але пов'язані між собою частини або підсистеми: **суб'єкт управління** – керуюча підсистема; **об'єкт управління** – керована підсистема та **блок наукового регулювання системи** – служба інформаційно-аналітичного забезпечення. Функцію управління реалізують шляхом впливу суб'єкта (органу управління системою охорони здоров'я) на об'єкт управління (підвідомчі мережі, окремий медичний заклад та ін.).

Блок наукового регулювання системи як служба інформаційно-аналітичного забезпечення, наприклад, в обласній лікарні чи ЦРЛ, представлений інформаційно-аналітичним відділом (центром), організаційно-методичним відділом, статистичним кабінетом або групою наукової інформації.

В основу організації системи покладено системний підхід, який на відміну від традиційних методів дослідження дозволяє ширше, масштабніше, з різних позицій і комплексно оцінити те чи інше явище в конкретній системі, а також на державному, регіональному, міському і районному рівнях чи в окремому закладі. Така оцінка дозволяє приймати більш виважене та науково обґрунтоване управлінське рішення.

Системний підхід – це універсальний метод дослідження та вивчення стану, організації, структури, взаємодії різних аспектів функціонування, ресурсів, внутрішніх та зовнішніх зв'язків моделюючої або функціонуючої системи.

До загальних принципів системного підходу належать:

- визнання досліджуваного об'єкта як системи з характерними особливостями та властивостями;
- уявлення про цілісність досліджуваного об'єкта, здатність розглядати його як цілісне утворення, а не просту механічну сукупність окремих елементів;
- визнання у досліджуваному об'єкті наявності численних і різноманітних типів зовнішніх та внутрішніх зв'язків;
- виявлення структурності системи, тобто вивчення її складу, властивостей окремих елементів цілісного об'єкта, проявів їх взаємодії, характеру структурного об'єднання частин в інтегроване ціле;
- функціональний підхід до вивчення системного об'єкта тощо.

Застосування системного підходу має свій **алгоритм**, складовими частинами якого є визначення мети та завдань і послідовне вирішення компонентного, функціонального, структурного, комунікаційного, інтегративного та історичного аспектів.

Цілеспрямованість є важливою функцією керівника. Правильне визначення мети та завдань завжди приводить до економії ресурсів. Крім того всі аспекти системного підходу прямо залежать від цілей системи.

Визначення цілі (генеральної або тактичних) приводить до формування управлінського завдання, яке потребує його осмислення та вирішення шляхом визначення реального й обґрунтованого "задуму" та конкретних, спрямованих дій. Визначення цілі та декомпозиція її на підцілі є вихідною позицією процесу управління для обґрунтування конкретних оперативних, ситуативних або стратегічних напрямків діяльності в межах просторових і часових характеристик.

Ціль системи – це бажані для досягнення результати діяльності. Крім головної (генеральної), розрізняють також цілі більш низького порядку (підцілі). Якщо, наприклад, головною ціллю системи охорони здоров'я є забезпечення здоров'я населення та його працездатності, то цілями більш низького рівня його окремих підсистем можуть бути, наприклад, профілактика захворювань, лікування хворих і т. д. Їх, у свою чергу, можна розподілити на підцілі ще більш низького рівня.

Системно-компонентний аспект полягає у визначенні основних складових частин (компонентів) системи управління: суб'єкта управління (керуючої підсистеми, апарату управління), об'єкта управління (керованої підсистеми) та блоку наукового регулювання (комплексу закладів, підрозділів, осіб, які постійно забезпечують систему інформацією). Кожен компонент має свій набір елементів (заклади, підрозділи, служби, ресурси тощо) залежно від підсистеми, у якій, вони знаходяться, та мети діяльності.

Суттю системно-функціонального аспекту є визначення функцій закладів, окремих структурних підрозділів та осіб відповідно до їх ролі у процесі управління. Він визначає технологію виконання функцій апаратом управління, передбачає розробку для всіх підрозділів медичного закладу спеціальних положень про порядок роботи, забезпечення посадовими документами, їх постійне оновлення у зв'язку з новими вимогами та зміною функції.

Суттю системно-структурного аспекту є визначення складу та внутрішньої взаємодії структурних підрозділів (служб, осіб) окремих компонентів системи, наприклад, відтворюють взаємодію між завідувачем відділення стаціонару та заступником головного лікаря з питань організації та якості лікування.

Системно-інтегративний аспект полягає у визначенні заходів, спрямованих на підтримку функціонування системи як єдиного цілого та розвитку її надалі. Для цього важливе значення має впровадження нових методик, нового досвіду в роботу колективу, що сприяє його зміцненню та ефективності діяльності. Цей аспект визначає механізми або чинники забезпечення та збереження якісної характеристики системи, утримання її у рівновазі та стабільності (чітко налагоджена робота колективу, нормальний психологічний клімат, можливості професійного росту спеціалістів і т. д.).

Суттю системно-комунікаційного аспекту є визначення взаємодії даної системи із зовнішніми відносно неї об'єктами. Така взаємодія буває як за вертикаллю (за підлеглістю, ієрархією), так і за горизонталлю (між рівноцінними системами одного рівня).

Системно-історичний аспект полягає у вивченні функціонування системи в динаміці: якою ця система була в минулому, на скільки вона змінилася, які перспективи її розвитку, на скільки вона відстає від відомих, більш довершених моделей.

6. Основні методи управління

У процесі управління керівник має одну зовнішню та дві внутрішні функції.

Зовнішня функція – (представницька) означає вирішення завдань інтегративності та комунікативності системи управління.

Внутрішні функції полягають в організації системи та її підсистем і в управлінні ними.

Методи управління – це способи впливу суб'єкта управління на об'єкт для більш повного використання можливостей керованого об'єкта в досягненні поставленої перед системою мети.

За характером впливу розрізняють методи:

- матеріальної мотивації (економічні);
- соціальної мотивації (соціально-психологічні);
- владної мотивації (адміністративні).

Економічні методи управління – це способи впливу на керований об'єкт шляхом використання заробітної плати, матеріальних стимулів і санкцій, цін, прибутків, рентабельності, фінансів і кредитів, тобто через матеріальну винагороду за результати діяльності. В ефективних системах на цю групу припадає 40–50% від усіх застосовуваних методів припадає.

Соціально-психологічні методи управління – це способи впливу на керований об'єкт шляхом використання духовних, моральних та естетичних потреб людини як соціальної істоти, її потреби в самореалізації, повазі, безпеці та приналежності до суспільства через досягнення певного соціального статусу. Оптимальним є розподіл, коли ця група складає 30–45% від застосовуваних у системі методів управління.

Адміністративні методи управління – це сукупність способів впливу, заснованих на праві суб'єкта управління віддавати та контролювати виконання наказів та розпоряджень і на обов'язкові об'єкта управління їх виконувати. Це право делегують керівникові разом з його посадою. Зазначена група має займати в сукупності не більше 15–20% від загального обсягу застосовуваних методів.

За напрямком керівний вплив суб'єкта управління на об'єкт можна здійснювати двома способами (шляхами) – прямим чи опосередкованим.

Прямий шлях – це розробка комплексу заходів для прийняття рішення, планування, реалізації та контролю за його виконанням (тобто керівництво системою послідовно на всіх етапах процесу управління).

Опосередкований шлях – це сукупність заходів, проведених з працівни-

ками: стимулювання праці (мотивація), підвищення рівня професійності та кваліфікації (знання та вміння), створення умов (можливості) та встановлення реальних термінів виконання поставлених перед ними завдань.

Успішне керівництво колективом для досягнення поставленої мети може забезпечити тільки вмiле поєднання всіх методів і способів управління за оптимального їх співвідношення.

7. Культура менеджменту

Важливою характеристикою будь-якого управлінського акту, окрім директивності, є його етична основа, представлена елементом культури взаємовідносин. Саме культура управління охоплює коло питань стосовно підбору та кваліфікації кадрів для закладів і органів охорони здоров'я, стилю керівництва, культури робочого місця.

Неокласична школа розглядає менеджмент як управління не стільки технологічними, скільки психологічними процесами. Тому на сьогодні обов'язковою умовою ефективного управління є знання керівником основ соціальної психології – галузі психології, що вивчає закономірності поведінки та діяльності людей, зумовлені фактом їх приналежності до певних соціальних груп, а також психологічні характеристики цих груп (колективів).

Найважливішою характеристикою, за якою оцінюють культуру управління, є **соціально-психологічний клімат (СПК)** у групі (колективі).

Оптимальний СПК є результатом групової сумісності, що забезпечує узгодженість і безконфліктність спілкування. *Несприятливий СПК* формується через порушення взаємовідносин між людьми, що призводять до тривалого соціального та психічного напруження і його крайнього вияву – *конфлікту*. Формування оптимального СПК відбувається протягом тривалого часу, а формуючими чинниками СПК є формальні та неформальні міжособистісні відносини людей у процесі їх спільної діяльності.

Поряд з інтегративними ознаками (спільні цілі, завдання, шляхи їх реалізації, ідеї колективізму тощо) у кожному колективі є і певна диференціація – поділ членів групи на посадово-адміністративній, правовій, лідерській, морально-етичній та іншій підставі.

Кожен член колективу, з одного боку, впливає на колектив, а з іншого – сам перебуває під його впливом. Тому для підбору та виховання кадрів слід враховувати **тип особистості**, тобто особливості темпераменту, здібностей, характеру індивідууму, його інтересів, переконань і сподівань, потреб та мотивів діяльності, які найдостовірніше можна визначити методами тестування чи співбесіди зі спеціалістом-психологом. Типологія особистості є предмет вивчення спеціальної науки – медичної психології.

Існує цілий ряд класифікацій типів характеру, темпераменту особистості. Найвідоміші з них – це поділ людей на: холериків, флегматиків, сангвініків і меланхоліків (Гіппократ); сильних неврівноважених, сильних врівноважених інертних, сильних врівноважених рухливих, слабких (І. П. Павлов); екстравертів та інтровертів (К. Юнг) тощо. Зокрема, Г. Айзенк у своїй класифікації поєднав такі ти-

пи характерів, як екстраверсію та інтроверсію, з різними типами темпераментів.

У взаємовідносинах між людьми важливе значення має також віковий і статевий склад колективу. Слід ураховувати і той факт, що соціально-психологічні прошарки колективу можуть бути представлені, залежно від функціональної ролі, яку вони відіграють у групі, індивідуалістами, альтруїстами, претензійністами, колективістами та іншими, що також накладає відбиток на СПК.

У системі особистих взаємовідносин у групах спостерігають поділ людей на тих, хто головує (домінування, лідерство), і тих, хто наслідує (підлеглість).

Лідер – це член групи, за яким вона визнає право брати на себе найвідповідальніші рішення, що стосуються інтересів групи. Дуже важливо, щоб **формальний керівник**, поряд з такими якостями, як адаптаційна мобільність, контактність, стресостійкість, мав лідерські здібності. Якщо ж такі відсутні, то в цій же групі інший член колективу займає місце **неформального лідера**, а його діяльність може мати як позитивний, так і негативний характер. У свою чергу негативний лідер умовно може бути двох типів: **лідер-організатор**, який діє відкрито, і **лідер-комунікатор**, який тримається в тіні. Негативне лідерство є породження неавторитетності та некомпетентності формального керівника. Позитивне лідерство слід заохочувати, а негативне – нейтралізувати або, по змозі, перетворити на позитивне. Для цього існує ряд психологічних, виховних, організаційних прийомів, якими повинен володіти керівник для формування сприятливого СПК у колективі.

Типову для лідера систему прийомів та методів впливу на підлеглих називають **стилем керівництва (лідерства)**. Розрізняють **авторитарний (директивний)**, **(демократичний)**, **(колегіальний)** і **анархічний (ліберальний)** стилі керівництва.

Авторитарний (директивний) стиль управління полягає у централізації влади керівника, зведенні до мінімуму його консультативної діяльності, що призводить до інформаційного вакууму в колективі. Керівник – автократ не визнає критику та заперечення; контролює все до дрібниць. Він байдужий до особистих справ підлеглих і зазвичай навіть не намагається налагодити оптимальний психологічний клімат у колективі. Найпоширенішими причинами авторитарності є низький рівень компетентності та загальної культури керівника. Однак слід зазначити, що директивність керівництва допустима протягом невеликого проміжку часу в екстремальних ситуаціях у випадку дезорганізації колективу.

Керівника анархічного (ліберального) стилю характеризує небажання втручатися в роботу підлеглих. У роботі такого колективу відсутня системність, усі справи вирішують із запізненням, постійно виникають конфліктні ситуації, дотонатором яких часто виступає сам керівник. Якщо в колективі є неформальний лідер, то він отримує багато можливостей для прояву своєї активності.

Характерною рисою демократичного (колегіального) стилю є децентралізація влади. Рішення приймають колегіально, ініціативу працівників заохочують. Керівник-демократ завжди піклується про створення оптимального СПК у колективі.

Стиль керівництва ще можна ділити на *ініціативний, виконавчий, вольовий* та ін.

Таким чином, культура взаємовідносин відіграє провідну роль у формуванні оптимального психологічного клімату в колективі. Особливо це актуально для закладів охорони здоров'я, оскільки від їх СПК залежить довіра хворих до медичного персоналу, а значить, і результати профілактики та лікування.

8. Використання техніки в управлінні

У діяльності лікарняних закладів сьогодні широко використовують **автоматизовані системи управління (АСУ)**. Цього вимагають складність і безперервність процесу управління та великі обсяги інформації.

АСУ – це система управління, ефективність та оптимізацію діяльності якої досягають за допомогою електронно-обчислювальних машин (ЕОМ). В управлінні системою охорони здоров'я використовують територіальні АСУ ("Охорона здоров'я" району, міста, області) та функціональні АСУ (диспансеризація типу "АСПОН" чи "КАСМОН", "Поліклініка", "Стаціонар", "Стоматологічна служба" та ін.).

Для створення та функціонування АСУ необхідним є інформаційне (бази та банки даних, документи, система показників), математичне (операційні системи, програми), технічне (комп'ютери, обслуговуючий персонал) та організаційно-правове (накази, інструкції тощо) забезпечення. У наш час практично у всіх великих закладах охорони здоров'я працюють відділи (кабінети) АСУ, які разом з оргметодвідділами, кабінетами медичної статистики, науково-медичними бібліотеками формують блок наукового регулювання в системі управління.

Відповідно до теорії менеджменту, управління розглядають і як процес. Процес управління – це сукупність взаємозалежних операцій, які здійснюють у визначеній послідовності керівники, фахівці та службовці вручну або за допомогою різноманітних методів, машинних систем і окремих технічних засобів.

Процес являє собою сукупності управлінських операцій, характеристикою яких є конкретність і специфічність залежно від посадового статусу, ієрархічного рівня й особливості управлінської ситуації чи розв'язуваної задачі. Для системи медичної допомоги управлінська операція являє собою закінчену доцільну дію або ряд дій, спрямованих на виконання конкретного завдання організаційного, медичного, економічного, соціального або іншого характеру. Таким чином, управлінська операція посадової особи – це елемент діяльності, складова частина конкретної навички.

Управлінські операції бувають: **послідовні** (кожна наступна дія можлива тільки після виконання попередньої); **паралельні** (одночасне виконання тих самих операцій, наприклад, двома групами виконавців); **паралельно-послідовні** (передбачають часткове суміщення операцій). Їх реалізацію здійснюють за технологією, що передбачає систему операцій і процедур (інформаційного, логіко-розумового, розрахункового й організаційного порядку), які виконують у визначеній послідовності та комбінації за допомогою технічних засобів.

Кожна управлінська операція крім технології потребує відповідних управлінських процедур. **Управлінська процедура** – це система послідовно реалізованих правил виконання у визначеному порядку та відповідно до регламенту органі-

заційних, медичних, соціальних операцій, яка сприяє виконанню поставлених завдань. Наприклад, послідовність дій та установлений порядок узгодження підпису наказу або іншого документа.

У практичній діяльності терміни "процес управління", "управлінські відносини", "управлінський механізм" є рівноцінними та передбачають динаміку розвитку притаманних їм параметрів і властивостей. У такому разі процес управління слід розглядати як порядок здійснення механізму управління відповідно до управлінських відносин. Суть управління полягає у впливові суб'єкта за допомогою своїх функцій на керований об'єкт.

Складовими частинами процесу управління є організація інформаційних потоків (через канали директивно-відомчої, наукової інформації), передовий досвід та власні джерела на підставі обліку та звітності з використанням методик медичної статистики, а також прийняття управлінських рішень та їх реалізація. Отже, процес управління – це послідовні, взаємозалежні дії замкнутого характеру, які називають фазами.

З огляду на технологічну та функціональну сутність процесу управління його варто розглядати як взаємозумовлене поєднання п'ятих технологіко-функціональних фаз:

- I. Збір, обробка, аналіз інформації, прийняття управлінського рішення.
- II. Планування реалізації управлінських рішень.
- III. Доорганізація системи для виконання рішення.
- IV. Регулювання системи у процесі виконання рішення.
- V. Контроль.

Управлінське рішення є свого роду "запуск" процесу управління, а інші фази забезпечують його реалізацію. Таким чином, процес управління має замкнутий циклічний характер і передбачає, як правило, декілька циклів впливу, які безперервно йдуть один за одним (поступальний рух по спіралі) аж до досягнення мети.

Якість та ефективність процесу управління залежать від таких факторів:

- компетентності осіб, які здійснюють процес управління;
- якості, складу, повноти, адекватності обробки, достовірності інформації та своєчасності її отримання;
- дотримання циклічності та безперервності процесу управління;
- урахування параметрів часу та простору;
- урахування психологічних аспектів;
- застосування типів управління (видів субординації);
- застосування механізмів типів управління;
- знання і виконання технології процесу управління, методики розробки та прийняття рішення.

Компетентність значною мірою визначають знання теорії управління, зовнішньої та внутрішніх функцій керівника, методів та способів управління, а також вміння застосовувати ці знання на практиці.

Якість та ефект управління залежать також і від **інформації**. Тільки на підставі інформації керівник може проаналізувати ситуацію, що склалася в системі та підсистемах, оцінити перспективи її розвитку, прийняти рішення та проконт-

ролювати його виконання. Тому до управлінської інформації є ряд вимог, а саме: цілеспрямованість, функціональність (забезпечення реалізації функцій керівника), адекватність (повнота, достовірність), своєчасність та періодичність надходження.

В управлінні системою охорони здоров'я використовують такі **види інформації**:

1. *За джерелами отримання:*

- директивна (законні та підзаконні нормативні документи);
- наукова та передового досвіду;
- внутрішня (з власних джерел).

2. *За змістом:*

- про здоров'я особи, колективу та суспільства;
- довідки та чинники, що впливають на здоров'я;
- діяльність системи охорони здоров'я.

У діяльності установ охорони здоров'я застосовують такі *види документації*:

- організаційна (статути, інструкції, положення, посадові правила, розклади);
- розпорядницька (постанови, рішення, вказівки, розпорядження, накази);
- довідково-інформаційна (листи, телеграми, доповідні записки тощо);
- кадрова (довідки, заяви, особисті карти);
- поточна;
- звітна (звіт лікувально-профілактичного закладу за рік; звіт про кількість захворювань, зареєстрованих у хворих, що проживають у районі обслуговування медичного закладу тощо).

Поточна документація може бути *оперативною* (медична карта стаціонарного хворого, медична карта амбулаторного хворого тощо), *оперативно-обліковою* (книги записів і журнали), *обліковою* (талон амбулаторного хворого, листок непрацездатності, статистична карта вибулого зі стаціонару тощо).

Незважаючи на відмінності структур управління в конкретних організованих системах, як правило, застосовують три типи управління (видів субординації) – лінійна, функціональна та матрична, що визначають змістовну частину ділових взаємовідносин.

У структурі **лінійного** типу управління кожний підрозділ (підлеглий) підпорядкований одному вищому органу управління й отримує від нього вказівки. Керівник самостійно виконує делеговані управлінські функції. Такі структури найбільш прості та логічні.

Особливістю **функціонального** типу управління є підпорядкування лінійного керівника, відповідно до виконуваних ним функцій, тільки керівникові вищого щабля, наприклад, завідуючого відділенням лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) профільному заступнику головного лікаря. Але окремі керівники, внаслідок специфічності виконання деяких обов'язків або виробничої необхідності, змушені поширювати свої службові повноваження на посадових осіб і співробітників, які безпосередньо підпорядковані іншим функціональним керівникам.

В управлінській практиці застосовують і **матричний (штабний)** тип

управління, що дозволяє поєднувати, узгоджувати лінійну відповідальність за вертикаллю з відповідальністю за функціонування системи в цілому за горизонталлю. Це її головна відмінність. Отже, матричний тип управління потребує поєднання двох видів субординації – лінійної та функціональної.

До чинників, що забезпечують повноцінність і успішність процесу управління, слід віднести підвищення загального професіоналізму та компетентності управлінського персоналу, наявність якісної та своєчасної управлінської інформації, а також володіння технологією управління. Оскільки в основі управління лежить той чи інший вплив керівника на керований об'єкт, то успіх процесу управління значною мірою залежить від технології прийняття та застосування управлінського рішення.

Таким чином, застосування системного підходу в управлінні системою охороною здоров'я дозволяє:

- розглянути систему (досліджуваний об'єкт) як єдине ціле;
- вивчити весь комплекс її внутрішніх і зовнішніх зв'язків;
- оцінити зміни у зв'язках;
- рекомендувати різні варіанти побудови й удосконалення системи, тобто різні варіанти управлінських рішень, оцінити їх і відібрати найбільш придатні для досягнення цілей системи.

9. Функції управління

Суть управління можна визначити і з позицій функціонального підходу. Функціональний підхід у теорії менеджменту вперше було обґрунтовано А.Файолем, який описав функції управління.

Управління – це сукупність функцій організованих систем (біологічних, соціальних, технічних та ін.), що забезпечують моделювання та зберігання визначеної структури, підтримують оптимальний режим діяльності, виконання поставлених завдань.

Функція – це особливий вид управлінської діяльності, результат процесу розподілу праці та спеціалізації у сфері управління. Можна також вважати, що функції – це конкретні форми управлінського впливу на діяльність системи, які оновлюють і визначають змістовну частину ділових взаємовідносин.

Спільність понять функцій управління визначають і тим, що їх можна охарактеризувати та розглядати стосовно: а) суб'єкта й об'єкта управління; б) змісту та призначення; в) виду й етапу управлінської діяльності.

Управлінську працю, як і управлінську діяльність, супроводжують такі функції: визначення цілей, організація, координація, прийняття управлінського рішення, планування, доорганізація, регулювання, контроль та ін. (рис. 2).

Кожна з функцій управління містить перелік необхідних знань і навичок, що забезпечують їх успішну реалізацію в практичній діяльності. Отже, функція і навичка, як операція і процедура, – це єдина ланка конкретного виду управлінської діяльності і складові частини (елементи) посадового документа.



Рис.2 Функція управління

Реалізуючи на практиці ті або інші управлінські механізми, керівник і виконавець застосовують технологічний і функціональний аспекти управління системою, тому що між ними існує тісний взаємозв'язок. А це свідчить, що конкретній технологічній фазі процесу управління притаманний конкретний і специфічний набір функцій, що виконують головні або допоміжні ролі. Наприклад, для першої технологічної фази головною буде функція розробки й ухвалення рішення, а допоміжними будуть функції формування цілей, організації процесу та діяльності, координації, планування, роботи з кадрами і т. д. У той же час функція розробки та прийняття рішень може бути успішно реалізованою тільки за дотримання визначеної технології.

Надамо характеристику найважливіших функцій управління.

Організація – це функція, спрямована на формування структури об'єкта управління, а також його забезпечення всім необхідним для нормальної роботи – персоналом, матеріалами, устаткуванням, житлом, коштами та ін. У будь-якому плані дій завжди є стадія організації, тобто створення реальних умов для досягнення запланованих цілей.

Координація – це одна з головних функцій управління системою, що забезпечує безперервність і безперебійність її діяльності. Головна задача координації – досягнення узгодженості в роботі всіх ланок системи за допомогою встановлення раціональних зв'язків (комунікацій) між ними та з навколишнім середовищем. Найбільш часто для координації використовують співбесіди, звіти, збори, комп'ютерний зв'язок, радіо – і телемовлення, роботу з документами.

Функція регулювання полягає у досягненні нормативної відповідності й узгодженості між елементами управління системою. Це дозволяє уникнути порушення нормативного режиму роботи системи.

Мотивація – це функція управління, призначена активізувати працівників і спонукати їх ефективно трудитися для виконання поставлених цілей і задач. Для цього застосовують матеріальне та моральне стимулювання працівників, створюють умови для прояву їх творчого потенціалу та розвитку.

На практиці функції управління реалізують у сукупності та взаємодії, що забезпечує системі стійке становище в соціально-економічному середовищі. Як зазначено вище, функції управління реалізують за допомогою навичок проведення операцій і процедур управлінської діяльності. Для цього необхідно:

- одержати або сформулювати завдання;
- провести інформаційну роботу;
- підготувати варіанти рішень;
- узгодити, прийняти та затвердити рішення;
- організувати контроль за виконанням затвердженого рішення.

Наведені операції взаємопов'язані. Кожна з них включає певний набір процедур. Наприклад, підготування рішення включає процедуру зі створення й експлуатації баз даних і знань, проведення нарад і т. д.

Відсутність будь-яких операцій або процедур може призвести до низької ефективності виконання функцій або невиконання їх взагалі. Так, без проведення відповідного інформаційного забезпечення (оцінки ситуації, одержання й опрацювання достовірної інформації) подальша робота буде складною.

Знання функцій управління дозволяє не тільки конкретизувати зміст управлінської праці та процесу управління, але й складати сучасні службово-посадові документи. На сьогодні у системі охорони здоров'я застосовують посадові інструкції та характеристики (функціональні обов'язки).

Посадову інструкцію складають на кожну зареєстровану посаду. *Посадова характеристика* визначає функціональні обов'язки конкретної фізичної особи, тобто робітника.

Управлінське рішення – це соціальний акт, створений на основі аналізу й оцінки ситуації, прийнятий та оформлений у визначеному порядку, має директивне загальнообов'язкове значення, містить мету та завдання й обґрунтування способів їх досягнення, організовує практичну діяльність суб'єктів і об'єктів управління.

З урахуванням класифікаційного критерію виокремлюють такі *види управлінських рішень*:

- за методом переробки інформації: алгоритмічні та евристичні;
- прогнозованими властивостями: наслідки рішення добре відомі, можуть бути передбачені, передбачити неможливо;
- напрямком впливу: зовнішні та внутрішні;
- масштабом впливу: загальні та конкретно спрямовані;
- характером: оперативно-розпорядницькі, нормативні, організаційні, си-

туаційно-тактичні;

- компетентністю: одноособові та колегіальні;
- способом фіксації: усні розпорядження та фіксовані документи;
- періодом дії: разові та довгострокові;
- жорсткістю регламентації : контурні, структуровані та жорстко регламентовані.

Залежно від пріоритетної складової частини, рішення можуть бути такими: рішення– прогноз, організаційне, координаційне і т.д.

Процес прийняття рішень допускає застосування на практиці теорій раціональних рішень та ігор, психологічної та сполученої теорій. В основу теорії раціональних рішень покладено визначений алгоритм дій (логічний або за допомогою програмного забезпечення машинних систем), тоді як психологічну теорію побудовано на знаннях, досвіді, інтуїції та способі мислення.

Розрізняють такі *методи прийняття рішення*: інтуїтивний, досвідний, науковий. Науковий метод застосовує моделювання, організаційний або економічний експеримент та ін.

Приймають управлінські рішення індивідуально чи колегіально. Також вони можуть бути різними:

- *за формою*: постанова, наказ, розпорядження, програма, план, вказівка, прохання, зауваження, побажання;
- *видом*: стратегічні, ситуаційні, оперативні тощо.

В управлінській практиці під час розробки та прийняття колективних рішень рекомендують застосовувати різноманітні методи, наприклад, "мозкової атаки", колективного обговорення і дискусії, голосування "за – проти", ділової гри, групової динаміки, ситуаційного аналізу та ін.

Технологія роботи над управлінськими рішеннями за оперативного або поточного виду управління передбачає дванадцять взаємозалежних етапів розділених на чотири стадії:

I. Орієнтовна

1. Усвідомлення ситуації, формування плану дій відповідно до неї.
2. Визначення мети чи цілей і підцілей.
3. Обґрунтування завдань для досягнення кожної цілі та підцілей.
4. Виявлення та визначення проблем (також відповідно до кожної цілі та підцілей).

II. Ознайомча (пояснювальна)

5. Вивчення проблем і визначення причин їх виникнення.

III. Вирішальна

6. Пошук, розробка й обґрунтування варіантів (альтернатив) рішення кожної з проблем.

7. Оцінка всіх варіантів (альтернатив) і вибір оптимального рішення.

IV. Розпорядницька

8. Узгодження прийнятого рішення між задіяними підрозділами системи.
9. Оформлення та затвердження рішення.

10. Підготування системи до введення рішення в дію.

11. Забезпечення реалізації рішення.

12. Оцінка виконання (за необхідності – наступне коригування) рішення та стимулювання праці виконавців.

Вимоги до управлінського рішення: своєчасність, обґрунтованість, відповідність наявним силам і ресурсам, конкретність, гнучкість, динамічність, збалансованість, прийняття за принципом єдиного документа та ін.

У процесі управління велике значення має фаза планування реалізації управлінських рішень, у межах якої визначають способи, шляхи та форми роботи, вибір виконавців, конкретизують задачі та ін.

Документом, що забезпечує організаційно-правову сторону, і механізмом виконання системи управлінських рішень є **план реалізації**, який дозволяє:

- розподілити роботу для виконання конкретного рішення між всіма фахівцями відповідно до їх посад і службових обов'язків;
- вибрати оптимальний варіант досягнення цілі, найбільш ефективні шляхи, способи, форми та методи роботи;
- підвищити рівень дисципліни та відповідальності кожної посадової особи.

10. Планування як фаза процесу управління

Планування є перша фаза процесу управління. Після того як прийнято рішення, його необхідно реалізувати. Тому керівник разом з апаратом управління зобов'язаний розробити механізм реалізації рішення, тобто скласти та затвердити план.

Головною метою планування діяльності закладів охорони здоров'я є визначення пріоритетних напрямків розвитку, знаходження оптимальних співвідношень між потребою населення у медичних послугах і можливостями їх задоволення для досягнення високого рівня здоров'я. Водночас вирішуються питання матеріально-технічного, кадрового, фінансового забезпечення програм і планів.

Перехід системи охорони здоров'я від адміністративно-командної до ринкової економіки тягне за собою і зміну принципів планування (табл. 1). На сучасному етапі розвитку закладів охорони здоров'я поєднують комплексне програмування основних напрямків розвитку служби чи закладу в цілому з плануванням діяльності окремих підрозділів та індивідуальної роботи. Тобто *головним методичним підходом* до планування діяльності системи охорони здоров'я є програмно-цільовий. Такий підхід є втілення комплексності в плануванні та являє собою сукупність методів розробки плану, що реалізує логіку планування залежно від мети.

Програма – це комплекс взаємопов'язаних завдань та конкретних заходів соціального, економічного, наукового, матеріально-технічного, організаційного характеру, об'єднаних єдиною метою та термінами виконання і спрямованих на вирішення цих завдань і заходів із визначенням необхідних для цього ресурсів та їх джерел.

**Основні принципи планування діяльності
системи охорони здоров'я (залежно від типу економіки)**

Тип системи		
<i>Адміністративно-командна</i>	<i>Перехідна</i>	<i>Ринкова</i>
Централізація, поєднання перспективного та поточного планування, ґрунтування на кількісних показниках, залишкове фінансування, декларативність, обмеження контрольними цифрами	Децентралізація, перехід від кількісних показників до якісних, орієнтація на виконання стандартів якості на медичні послуги, урахування колективного й індивідуального внеску в результати діяльності, формування багатокладності економіки охорони здоров'я та багатоканальності її фінансування	Економічна та соціальна доцільність, забезпечення оптимального співвідношення між зростаючими потребами на медичні послуги та витратами на охорону здоров'я

Головна мета розробки програми в галузі охорони здоров'я полягає в досягненні позитивних зрушень у стані здоров'я населення на основі впровадження найефективніших заходів для усунення (послаблення) причин, які негативно впливають на здоров'я, а також посилення факторів, які сприяють його зміцненню та покращанню.

За змістом програми бувають *організаційні* (спрямовані на розвиток системи охорони здоров'я загалом чи окремих її підсистем, підрозділів, служб) та *управлінські* (спрямовані на вдосконалення системи управління в цілому і окремих її компонентів).

За територіальною ознакою існують *програми розвитку окремих медичних закладів, програми розвитку системи охорони здоров'я* (окремих служб) району, міста, області, Республіки Крим, України; або *державні, міжрегіональні та регіональні*.

За терміном виконання програми класифікують: на *перспективні або довготривалі* (7–10 років), *проміжні програми середньої тривалості* (3–6 років), та *короткотривалі* (1–2 роки). *Поточні плани* окремих медичних закладів (підрозділів, служб) можуть бути *річними, кварталними, місячними, тижневими*.

У процесі планування (програмування) виокремлюють декілька послідовних етапів:

- визначення мети, підцілей і завдань;
- вирішення організаційних питань в апараті управління (розподіл завдань з планування окремих розділів діяльності);
- розробка конкретних заходів плану дій згідно з цілями служб;

- узгодження та координація розроблених заходів;
- підсумкове моделювання (прогнозування) діяльності служб (підрозділів);
- затвердження плану, його оформлення та розсилання до служб (підрозділів).

Кінцева структура програми має чотири основні розділи:

1. Цільовий (мета, завдання, вихідні дані, наукове обґрунтування програми).
2. Структурний (заходи для забезпечення здійснення програми окремими структурними елементами системи управління).
3. Ресурсний (обґрунтування необхідних для здійснення програми кадрових, матеріально-технічних і фінансових ресурсів).
4. Плановий (включає основні дані програми у вигляді систем планових показників, виконавців окремих заходів, термінів виконання). Планові показники містять критерії обсягу, якості й ефективності виконання програми. Тобто програма є документ, який реалізують через план дій.

Цілеспрямованість, як ми вже зазначали раніше, є важливою функцією керівника. Наукове обґрунтування мети програми, розділення її на підцілі, визначення завдань кожної з них засновано на аналізові вихідних даних.

Розрізняють також *галузеві* (охорони здоров'я) та *міжгалузеві* (із залученням інших зацікавлених відомств) цільові комплексні програми. Звідси зрозуміло стає участь у складанні програм органів і закладів різних рівнів. Соціальним замовником програми діяльності системи охорони здоров'я є суспільство.

Розробка, реалізація та оцінка ефективності комплексних програм розвитку різних медичних служб також вимагає міжгалузевого та системного підходу, визначення головної та етапних цілей. Можливою є і побудова конкретних цільових підпрограм згідно із завданням та їх узагальнення. Прикладом таких програм є "Комплексна програма розвитку кардіологічної служби" в рамках "Комплексної програми розвитку системи охорони здоров'я України".

Основні методи планування:

- аналітичний (використовують, для оцінки та прогнозування показників здоров'я населення та діяльності закладів (підрозділів) охорони здоров'я);
- балансовий (передбачає складання балансів запланованих капіталовкладень у мережу охорони здоров'я та підготовку кадрів);
- нормативний (передбачає порівняння фактичних показників з нормативними; застосовують найчастіше);
- співвідношень чи пропорцій (контрольний метод, який дозволяє коректувати показники охорони здоров'я);
- експериментальний (застосовують для вивчення та впровадження передового досвіду, нових технологій медичної допомоги населенню);
- економіко-математичний (застосовують для розрахунків оптимальних потужностей і структури закладів охорони здоров'я, розробки штатних нормативів та оцінки ефективності організаційних форм медичної допомоги).

Вихідними даними для планування (програмування) є така інформація:

– про територію обслуговування: санітарно-гігієнічна характеристика стану довкілля, об'єктів промисловості та сільського господарства тощо ("Санітарний паспорт району (міста)");

– стан здоров'я, кількість і склад населення: показники природного руху, захворюваності, інвалідності, фізичного розвитку;

– мережу та діяльність закладів (підрозділів, служб) охорони здоров'я;

– директивні документи, норми та нормативи.

Норми охорони здоров'я – це оптимальні науково обґрунтовані кількісні показники стану довкілля (гігієнічні норми, санітарно-епідеміологічні норми обсягу робіт із запобіжного та поточного санітарного нагляду) та діяльності медичних установ (норми потреби населення у різних видах медичної допомоги: кількість відвідувань на 1 жителя за рік, відсоток госпіталізованих хворих тощо). Це можуть бути й показники навантаження медичного персоналу (кількість санацій, відвідувань на 1 лікаря) і норми використання медикаментів та перев'язувальних засобів.

Нормативи охорони здоров'я – це розрахункові показники забезпечення матеріально-кадровими ресурсами. Вони характеризують сукупність засобів охорони здоров'я, необхідних для задоволення норм потреби. Нормативи є показниками плану охорони здоров'я, за якими оцінюють забезпеченість населення медичною допомогою.

До основних нормативних документів охорони здоров'я належать:

– нормативи організації лікувально-профілактичного обслуговування населення за дільничним принципом (кількість населення на одну дільницю);

– штатні нормативи медичного персоналу в різних медичних закладах;

– нормативи організації діяльності різних закладів охорони здоров'я;

– нормативи середньорічного ступеня зайнятості ліжка в окремих профілях, нормативи середньої тривалості перебування хворого на ліжку в окремих відділеннях;

– нормативи фінансування (на охорону здоров'я на 1 жителя, витрат на медикаменти та перев'язувальні засоби, на харчування та ін.);

– нормативи показників результативності окремих спеціалістів та відділів;

– стандарти акредитації ЛПЗ;

– стандарти якості медичних послуг.

11. Стандарти якості медичних послуг

Якість – це точне (відповідно до стандарту) виконання різних видів медичного втручання, які вважають безпечними, фінансово доступними у даному суспільстві та здатними позитивно вплинути на рівень смертності, захворюваності та нерационального харчування (Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), 1988). Аспекти, за якими оцінюють якість медичної допомоги, наведено далі (табл. 2).

Аспекти якості медичного обслуговування

Аспект	Зміст аспекту
Доступність	Чи можуть пацієнти одержати потрібне їм медичне обслуговування?
Безпека	Чи є цей медичний заклад безпечним (наприклад, пожежна безпека тощо)?
Відповідність	Чи обраний метод лікування був правильним для конкретного хворого?
Технічна якість	Наскільки компетентно були надані обрані медичні послуги?
Медична ефективність	Чи лікування пацієнта дало будь-які позитивні результати?
Удоволення пацієнтів	Чи залишився пацієнт задоволеним від наданих йому послуг?

Найчастіше у світовій практиці застосовують медико-технологічні стандарти процесу (обстеження, консультування, лікування) та результату. Такі стандарти розробляють для окремих клініко-статистичних груп (КСГ) відповідно до кожного із захворювань, що належать до певної групи.

Оцінюють виконання стандарту медичних послуг як за допомогою якісних характеристик (відмінно, добре, задовільно, незадовільно), так і за допомогою кількісних (визначення у відсотках рівня якості обстеження та лікування відносно запланованого).

У світовій практиці існують такі *шляхи застосування стандартів*:

- ліцензування лікарів і медичних сестер (обов'язкове);
- сертифікація лікаря радою, членами якої є його колеги (добровільна);
- ліцензування стаціонарних медичних закладів і поліклінік (обов'язкове);
- акредитація стаціонарних медичних закладів і поліклінік (добровільна);
- розробка та впровадження методичних вказівок з лікувальної практики (добровільні);
- складання протоколів з лікарської практики (необов'язкове);
- розробка та впровадження робочих нормативів – внутрішніх інструкцій (добровільні);
- визначення цілей і завдань самовдосконалення роботи (добровільне).

КСГ – це формалізована сукупність випадків подібних захворювань, які мають у середньому приблизно однакову тривалість, а відповідно і вартість лікування, разом із стандартами якості, що забезпечують необхідний для пацієнта перелік лікувально-профілактичних заходів і очікуваний від їх застосування результат (табл. 3). В умовах страхової медицини ці групи служать основою для визначення фіксованих тарифів на медичні послуги.

Клініко-статистична група

№ КСГ	Тривалість лікування (днів)	Назва захворювання	Стандарт			
			обстеження		лікування	результату
			лабораторно-діагностичне	консультативне		
1	7	Флегмона дна ротової порожнини	Загальний аналіз крові, сечі, посів на чутливість мікрофлори	Хірург	Хірургічне втручання, антисептики, антибіотики, сульфаніламід, імуномодулятори	Відсутність гнійного ексудату, загоєння

Під **стандартом** розуміють мінімальний рівень вимог до медичної послуги, показників і параметрів стану здоров'я пацієнта на момент закінчення курсу лікування.

Види стандартів якості медичного обслуговування:

1. Структурні (забезпечують доступність і безпеку кваліфікованої медичної допомоги). До них належать нормативи забезпечення населення медичними кадрами, нормативи організації мережі ЛПЗ та їх структури, обладнання, фінансування і т. п;

2. Процесу (забезпечують відповідний рівень і технічну якість медичної допомоги). Це медико-технологічні стандарти, які містять перелік необхідних медичних маніпуляцій (діагностика, консультування, лікування, профілактичні втручання) в окремих випадках обслуговування пацієнтів;

3. Результату (забезпечують медичну ефективність і задоволення потреб пацієнтів).

12. Оцінка діяльності закладу охорони здоров'я

Після аналізу вихідної інформації приступають до розробки конкретних показників плану. *Планові показники* окремих медичних закладів залежать від характеру та специфіки їх діяльності, однак, як правило, завжди зведені до чотирьох груп:

– показники потужності закладу (демонструють результати заходів щодо зміцнення матеріально-технічної бази, капітального чи поточного ремонту, будівництва тощо);

– медичні кадри (заходи з виховання та підвищення кваліфікації кадрів);

– показники діяльності закладу (демонструють результати заходів для покращення діяльності амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та параклінічної служб за основними напрямками їх діяльності);

– фінанси (кошторис закладу).

Якщо за умов адміністративно-командної системи в основі планування діяльності медичних закладів були кількісні показники (кількість відвідувань поліклініки, кількість стаціонарних ліжок і т. п.), то в умовах перехідного періоду базовими стають показники якості (повнота виконання стандартів) та ефективності (відображають досягнення запланованої мети з покращання здоров'я обслуговуваного населення). Прикладом такого планування є *модель кінцевих результатів (МКР)* (дод. 1).

МКР – це мінімальний набір показників, які досить повно характеризують досягнення мети та стан виконання функцій лікувально-профілактичної установи.

Структура МКР:

- перелік показників результативності та показників дефектів, які найточніше відображають специфіку та результати діяльності даного медичного закладу;
- нормативне значення показників;
- шкала оцінювання результатів діяльності в балах.

Для формування *показників результативності* закладів охорони здоров'я вибирають ті показники, які найповніше характеризують кінцевий результат їх діяльності.

Показники дефектів враховують найбільш грубі порушення діяльності установ і підрозділів, які не можна допускати (норматив = 0). Наприклад, обґрунтовані скарги, необґрунтовані відмови у видачі листків непрацездатності, розбіжність діагнозів поліклініки та стаціонару, пізнє виявлення злоякісних новоутворень і т. п.

Шкали оцінювання дають можливість кількісно оцінити відхилення від досягнення запланованих рівнів показників (нормативів). Чим більше відхилення, тим вищою є або заохочення за перевиконання нормативу, або догана за його невиконання чи помилки в роботі.

МКР розробляє група експертів під егідою органів охорони здоров'я. Шкали оцінювання складають шляхом емпіричного присвоєння визначеної кількості балів у межах від 1 до 10.

Нормативи для показників результативності встановлюють (планують) з урахуванням багаторічної динаміки показників у області (закладі), державного їх рівня, темпів змін, що прогнозують для певного явища. Як правило, норматив має не менше як на 5% покращувати середній за останні декілька років рівень показника. При цьому, якщо даний показник завдяки діяльності закладу зростає (наприклад, охоплення дітей плановою санацією), то до середнього рівня приплюсовують ще 5%, а показникові в МКР присвоюють знак "+" і, навпаки, під час очікуваного зниження показника – віднімають 5% та присвоюють знак "-". Це відображає реальні можливості ЛПЗ. При цьому слід пам'ятати, що тільки 8–12% стану здоров'я населення залежить від медико-організаційних чинників.

Оцінку рівня якості виконання МКР проводять за підсумками діяльності ЛПЗ протягом звітного року за допомогою коефіцієнта досягнення результату (КДР). КДР – це відношення отриманої за результати роботи суми балів до суми оцінок нормативних (запланованих) значень показників.

де КДР – коефіцієнт досягнення результату;
ОПР – оцінка показників результативності;
ОПД – оцінка показників дефектів;
ОН – оцінка нормативу показника.

Алгоритм обчислення ОПР: для кожного показника результативності знаходять різницю між фактичним рівнем показника та нормативом і помножують на оцінку відхилення в балах; отриманий результат додають до ОН (якщо знак показника "+") або віднімають від ОН (якщо знак показника "-").

ОПД розраховують так само. Однак постійно виходить від'ємне число, бо оцінка нормативу для показників дефектів дорівнює нулю, а їх знак завжди "-". Таким чином накладають штраф на заклад чи підрозділ за допущення дефектів у роботі.

Підставляємо отримані дані у формулу. Якщо КДР позитивний, наприклад, 0,85, то модель кінцевих результатів даного закладу виконано на 85%, це означає, що із фонду матеріального стимулювання колектив отримує 85%. Якщо КДР має негативне значення, то премію не виплачують, навпаки, приймають заходи щодо підвищення якості роботи персоналу.

У госпрозрахункових підрозділах від КДР може залежати величина фонду матеріального стимулювання колективу.

13. Контроль як управлінська функція

Контроль є управлінська функція, за допомогою якої перевіряють ефективність діяльності системи, тобто зіставляють те, що має бути, з тим, що фактично є чи виконується.

Метою контролю є не тільки виявлення відхилення системи від заданого напрямку та процесу її діяльності (від еталонів, критеріїв, стандартів), а й визначення причин цього відхилення, а відповідно і шляхів корекції.

Важливими чинниками якісного проведення контролю є: наявність еталонів (критеріїв, стандартів); компетентність спеціалістів, які здійснюють контроль; переорієнтація цієї функції з негативної зовнішньої форми контролю (за якої підлеглі відчувають загрозу та намагаються виправдатися, захиститися, а не вдосконалити свою працю) на позитивну (коли виконавці зацікавлені у досягненні поставленої мети, у ході чого контроль є формою їх навчання).

Види контролю:

- попередній – здійснюють на етапі прийняття рішення з метою попередження його негативних наслідків;
- спрямовуючий – застосовують у процесі виконання системою прийнятого рішення з корекцією відхилень;
- фільтруючий, метою якого є констатація факту "виконано чи не виконано завдання";
- кінцевий – аналіз показників оцінювання ефективності діяльності систе-

ми для досягнення кінцевих результатів (цілей).

14. Менеджер у системі охорони здоров'я населення

Упровадження в систему охорони здоров'я нових методів господарювання із застосуванням елементів системи ринкових відносин створює передумови для поступового формування власного медичного менеджменту, що у свою чергу потребує якісно нового типу спеціаліста – менеджера у галузі охорони здоров'я (медицини).

Це підтверджує історичне минуле. Так, американський історик менеджменту Д. Рен підкреслював, що виникнення й удосконалення ринкової економіки викликало потребу в управлінцях, інформованих про те, як найкращим чином управляти організаціями (1972). Американський ринок з властивими йому ризиком і непевністю ситуації сприяв розвитку у західних менеджерів надзвичайно важливих і вкрай необхідних для сучасних керівників охорони здоров'я якостей: самостійності та відповідальності за свою діяльність, постійного пошуку організаційно-управлінських і науково-технічних новацій – захисних механізмів в умовах нестійкої рівноваги ринкової кон'юнктури. Таким чином, ринок потребує наявності спеціально підготовленого управлінського персоналу, який би володів основами менеджменту як соціальною функцією.

У системі охорони здоров'я **менеджери** – це перші керівники закладів охорони здоров'я та їх заступники. Саме вони, розробляючи та приймаючи відповідні управлінські рішення, повинні реалізовувати головну мету, поставлену керівниками вищих органів управління (лідерами), і бути здатними самостійно приймати науково обґрунтовані рішення відповідно до сучасних вимог. Безумовно, що лідери у своїх діях теж повинні спиратися на універсальні закони менеджменту. Останнє необхідне і керівникам підсистем галузі охорони здоров'я, які очолюють служби чи структурні підрозділи (відділення), і головним спеціалістам та ін.

Мистецтво керування людьми – найважче з усіх мистецтв. Ця істина була незаперечною в усі часи, проте нині вона є особливо актуальна. Керівник, зважаючи хоча б на його посаду, є громадський діяч, тому без відповідного його світобачення та світосприйняття ускладнюється становлення згуртованого та працездатного колективу.

Авторитет керівника формують два чинники: посадовий статус (об'єктивний фактор) і престиж, потенціал поваги (суб'єктивний фактор), який слід у колективі завоювати самотужки.

Існує багато різних думок про характерні риси сучасного менеджера. Якщо кожному лікареві мають бути притаманні такі риси, як щирість, правдивість, чуйність, то і керівникові вони теж конче потрібні. Він повинен терпляче та доброзичливо сприймати аргументацію окремих осіб і колективу, причому і за обставин, коли це неприхована опозиція.

Чимале значення має форма спілкування. Менеджер повинен вміти радитися з колегами, щоб прийняти правильне рішення, розраховуючи, якщо потрібно, і на консенсус. Проте, коли рішення прийнято, саме він несе за нього відповідальність, включаючи дієвість системи контролю за виконанням наказу.

До обов'язкових якостей лікаря-керівника належить інтелігентність, інакше кажучи, освіченість, культурність. Керівникові доцільно підвищувати рівень самоконтролю, намагатися ніяк не проявляти негативних емоцій, вміти стримувати себе. Якщо керівник гнівається та гримає з будь-якого незначного приводу, це може спричинити таку ж шкоду, як і хибне рішення. Велике виховне значення має практика проведення колегій, ділових нарад, медичних засідань. Їх необхідно проводити, дотримуючись таких принципів: вчити, не повчаючи; дорікати, не принижуючи; служити, не прислужуючи.

До здібностей, які повинен мати керівник, треба віднести ініціативність, нахил до виховання, здатність до самовиховання та самоконтролю. Керівник повинен прогнозувати свою поведінку та реакцію підлеглих, створювати ситуацію для оптимальної діяльності колективу, сприяючи фізичному та психічному здоров'ю підлеглих.

Практично найбільш важливою рисою, яка допомагає ефективно керувати, є вміння отримувати результати через службове функціонування співробітників. Чим більше керівник справді керує та спрямовує, а не приймає безліч суперечливих рішень, тим більш кваліфікованим його вважають. Власне, цінність гарного керівника полягає не тільки і не стільки у тому, що він багато знає, а у й тому, що він вміє вчасно помітити та підтримати ініціативу іншого працівника.

Дати узагальнюючу характеристику лікаря-менеджера досить важко, проте є можливість сформулювати загальні вимоги до нього.

Менеджер системи охорони здоров'я – це професіонал у галузі управління всіма ланцюгами системи. До його *якісної характеристики* слід віднести:

- володіння системною методологією, її практичне застосування під час організації діяльності керуючих і керованих систем;
- вміння приймати різні види управлінських рішень і володіння технологією процесу управління;
- здатність забезпечити діяльність системи в умовах оперативного, ситуаційного та стратегічного управління;
- володіння технологією роботи з інформацією та принципами медичного маркетингу;
- володіння основами комплексного управління персоналом і психологічними методами управління у створенні мотиваційного механізму поведінки колективу;
- здатність вирішувати проблеми в умовах зміни принципів господарювання та ринкових відносин із застосуванням економічних методів управління;
- знайомство з різними формами ринкових відносин у системі охорони здоров'я;
- комп'ютерну грамотність.

З огляду на те, що в умовах ринкової економіки особливої актуальності набуває управління відповідно до ситуації (ситуаційне управління), яка має тенденцію до постійних змін, до вищенаведених якостей менеджера системи охорони здоров'я слід додати і такі вміння:

- правильне оцінювання ситуації, тобто визначення найбільш важливих

факторів впливу та найбільш чутливих елементів системи, вплив на які дасть максимально бажаний ефект;

– пов'язування конкретних прийомів управління з конкретними ситуаціями, забезпечуючи при цьому найбільш ефективне досягнення поставленої мети.

Отже, майбутній менеджер системи охорони здоров'я – це керівник, орієнтований на відносини в умовах ринкової економіки, який відповідає вимогам реформи галузі у напрямку формування багатокладної системи охорони здоров'я.

У більшості країн підготовка спеціалістів з управління є тривалий процес. Наприклад, у Японії підготовка повноцінного менеджера після закінчення вищого навчального закладу складає 8–10 років.

Особливості функціонування системи охорони здоров'я потребують від менеджерів підприємницьких якостей, тобто здатності досягати конкретних виробничих та соціальних цілей завдяки найбільш практичним, оригінальним, нестандартним рішенням, іноді навіть ризикованим.

Головному лікарю, головному спеціалісту у певній галузі, та керівнику відділення ЛПЗ як менеджерам необхідні й такі якості, як новаторство, оригінальність у досягненні поставлених цілей, діловитість та практичність, сміливість, винахідливість, цілеспрямованість.

На думку провідних спеціалістів з управління, менеджер повинен також бути наполегливим, вміти доводити розпочату справу до кінця. У той же час важливо формувати відносини з підлеглими на принципах доброзичливості, з додержанням службово-посадової етики, деонтології, виключаючи монополізацію свого службового положення.

Аксіомою оптимального управління є скорочення кількості документів, задіяних усередині установи, а також листування з іншими закладами. На жаль, як зазначають дільничні терапевти, роботи з паперами стало більше, ніж 10–15 років тому.

Вагоме значення в технології управління мають наради, конференції тощо. Відвідування науково-практичних конференцій у лікарнях є проблемою. Ясна річ, головний лікар може за допомогою адміністративного впливу "змусити" лікарів приходити на них, проте це не найкращий варіант. Варто створити такий творчий мікроклімат у колективі, щоб відвідування конференцій було внутрішньою потребою працівника, а також зробити цікавою їх змістову частину.

У багатьох ЛПЗ практикують короткотермінові наради – так звані "п'ятихвилинки", які фактично у багатьох стаціонарах забирають 30–45 хвилин, а інколи й більше ранкового часу. Часто після таких нарад лікарі та медсестри врешті йдуть до хворих, знервовані та морально пригнічені. Насправді "п'ятихвилинки" свідчать про відсутність надходження своєчасної належної інформації, тому в багатьох країнах від них відмовились.

Нині обов'язковою умовою ефективної роботи ЛПЗ є створення підрозділів інформації та обладнання їх комп'ютерною технікою. Не менш потрібною для управління медичним об'єднанням є й диспетчерська служба.

Щоб стиль та ефективність роботи закладу були оптимальними, важливо забезпечити добір керівних кадрів не способом адміністративно-командної систе-

ми, а шляхом проведення конкурсу та тестування. Стиль і методи керівної роботи в медицині потребують наукового вдосконалення, у зв'язку з чим доцільно врешті підготувати програми стосовно виховання таких кадрів у медицині.

15. Стратегічний менеджмент у галузі охорони здоров'я

Заклади охорони здоров'я — це складна соціально-екологічна система, що має матеріальні, фінансові та трудові ресурси для задоволення потреб у медичних послугах. Сукупність можливостей ЛПЗ з надання послуг характеризує його потенціал. Можливості визначають ресурси (чинники виробництва), що є у розпорядженні ЛПЗ.

Функції та методи управління в охороні здоров'я підпорядковані основним законам світового менеджменту. В умовах ринкової економіки у процесі управління необхідно досягти не тільки медичної та соціальної, а й економічної ефективності шляхом порівняння прибутків з витратами, отримати зиск.

Розробка стратегії ЛПЗ — це науковий спосіб визначення стану закладу та ймовірних шляхів його розвитку за допомогою визначення системи бажаних якісних характеристик конкретного об'єкта управління в майбутньому (рис.3).

Стратегія — це загальна концепція того, як досягати цілей організації, вирішувати різні проблеми та розподіляти необхідні для цього обмежені ресурси.

За формою стратегія — це різновид управлінських документів, який може мати вигляд графіків, таблиць, описів тощо. *За змістом* — це модель дій, інструмент для досягнення цілей організації. *Головним завданням* розробки стратегії є досягнення конкурентних переваг і рентабельності організації.

Існує сім видів стратегій, головна серед них — *генеральна* — відображає засоби виконання поставлених завдань.

Стратегічне управління — це філософія та ідеологія менеджменту. Кожний менеджер реалізує її по-своєму, залежно від багатьох чинників.



Рис.3. Методи отримання якісних характеристик об'єкта стратегічного управління в майбутньому

Стратегічне управління – це цілеспрямований вплив на об'єкт управління, виходячи із загальної концепції поглядів організації на цілі та вибір методів їх досягнення у майбутньому в умовах невизначеності.

На основі отримання системи якісних показників формують три види прогнозу:

- 1) оптимістичний;
- 2) реалістичний;
- 3) песимістичний.

Незалежно від виду прогнозу його структура передбачає певний курс дій, правила та норми поведінки і процедуру виконання. Із декількох моделей обирають оптимальну для даного прогнозу, наприклад:

– модель № 1 – контрольований розумовий процес, що знаходить своє вираження у системі планів;

– модель № 2 – інтуїтивний процес, здійснюваний керівником на основі розуміння логіки даної діяльності та знання ситуації;

– модель № 3 – емпіричний процес навчання на основі досвіду.

Реалізацію стратегії ЛПЗ спрямовано на виконання трьох взаємозв'язаних завдань:

1. Визначення пріоритетності завдань, відносна значимість яких відповідала б тій стратегії, яку буде реалізовувати організація. Це стосується проблем використання ресурсів, формування організаційних відносин, створення допоміжних систем і т. ін.

2. Встановлення відповідності між обраною стратегією та внутрішньо-організаційними процесами в ЛПЗ для того, щоб зорієнтувати діяльність організації на здійснення стратегії. Відповідність встановлюють за такими характеристиками:

- структура організації;
- система мотивації та стимулювання;
- норми та правила поведінки;
- кваліфікація працівників і менеджерів тощо.

3. Вибір відповідного до здійснюваної стратегії стилю лідерства та підходу до управління організацією.

На практиці існує три основні види стратегічного управління (рис.4).

Для здійснення **стратегічного** управління необхідно володіти методами управління (с. 13–18). Більшість методів управління спрямовано на *мінімізацію* стану невизначеності у процесі функціонування організації. Це сприяє стратегічному плануванню, у рамках якого застосовують сукупність методів стратегічного управління. Стратегічні плани можуть бути *генеральними, функціональними, економічними*.

Успішне виконання стратегічного плану передбачає застосування не тільки загальних, а й приватних методів управління, якими є: видання наказів, планових завдань; проведення оперативних нарад, зборів; організаційне регламентування та нормування; економічне стимулювання тощо.



Рис.4 Основні види стратегічного управління

Стратегічне управління дозволяє досягти високої ефективності функціональної діяльності об'єктів охорони здоров'я за умови здійснення постійного контролю за якістю медичних послуг та товарів, застосування всіх доступних економічних методів управління.

16. Основні вимоги до складання бізнес-плану лікувально-профілактичного закладу

Невід'ємним елементом ринкової економіки є бізнес-план ЛПЗ, тобто відповідне техніко-економічне обґрунтування діяльності та перспектив розвитку об'єкта охорони здоров'я. Мета розробки бізнес-плану – планувати виробничо-господарську діяльність організації на найближчий і віддалений періоди відповідно до потреб ринку та можливостей отримання необхідних ресурсів.

Розробка бізнес-плану надає такі *переваги* в менеджменті:

- спонукання керівника до визначення перспективи організації, більш чіткого та конкретного визначення її цілей, шляхів їх досягнення, необхідної координації зусиль;

- наглядна демонстрація обов'язків та рівня відповідальності усіх співробітників ЛПЗ, а також функціональних взаємозв'язків між ними;

- покращення рівня підготовки ЛПЗ до раптових змін у системі ринкових відносин, підвищення швидкості адаптації організації до ринкової кон'юнктури;
- визначення показників діяльності медичного закладу, необхідних для послідовного контролю.

Основні завдання бізнес-плану:

- 1) визначення напрямку діяльності ЛПЗ, цільових ринків і місця своєї організації на них;
- 2) формулювання довгострокової та короткострокової цілей ЛПЗ;
- 3) оцінювання матеріального та фінансового положення ЛПЗ, відповідності ресурсів поставленим цілям.

До завдань бізнес-планування також належать:

- визначення стратегії та тактики досягнення довгострокових і короткострокових цілей ЛПЗ; делегування повноважень співробітникам, відповідальним за реалізацію кожної стратегії;
- установа асортименту послуг і товарів, що надаватимуть споживачам, проведення оцінки виробничих торгових витрат з надання медичної допомоги;
- організація стимулювання та мотивації праці медичних працівників;
- визначення маркетингових заходів ЛПЗ з вивчення ринку, реклами, стимулювання продаж, збуту тощо.

Існує багато різних моделей розробки бізнес-планів, кожна з яких має свої переваги та недоліки. Але для організації діяльності більшості ЛПЗ пріоритетними напрямками розробки бізнес-планів є визначення ємкості ринку, доцільності надаваних послуг, сумарності витрат і прибутку, виявлення помилок у діяльності ЛПЗ, оцінка можливих витрат для реалізації медичних послуг (функціонально-вартісний аналіз).

Під час розробки бізнес-плану ЛПЗ необхідно враховувати:

- 1) специфіку ринкової економіки, економічні закони (попиту та пропозиції, конкуренції, вартості, середнього прибутку тощо);
- 2) застосування маркетингу для дослідження проблем і умов просування різних видів лікувально-профілактичних і оздоровчих послуг до споживачів;
- 3) економічну та фінансову доцільність майбутніх інвестицій у розвиток об'єкта охорони здоров'я.

Бізнес-план – це документ перспективний, складати його рекомендують на 3–5 років наперед. Для першого та другого року основні показники рекомендують давати поквартально (помісячно), з третього року – щорічно.

Розробка бізнес-плану має в чотири етапи:

I – коротке обговорення питань, пов'язаних із початком робіт і організацією їх проведення. Заповнюють бізнес-карти №1 і 2 (дод.1);

II – планування; використовують методи (аналітичний, балансовий, нормативний, економіко-математичний, статистичний, програмно-цільовий), види нормативів (часу, труда, матеріальних затрат, штатів; організації закладів охорони здоров'я; амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги тощо), показники планів (санітарно-статистичні, техніко-економічні, організаційно-економічні, фі-

нансові). Планують основні статті кошторису. Заповнюють бізнес-карти № 3–26 (дод.1);

III – складання письмового бізнес-плану за такою структурою:

- 1) можливості ЛПЗ (резюме);
- 2) види послуг (товарів);
- 3) ринки збуту послуг (товарів);
- 4) конкуренція на ринках збуту;
- 5) план маркетингу;
- 6) план виробництва;
- 7) організаційний план;
- 8) правове забезпечення діяльності організації;
- 9) оцінка ризиків і страхування від них;
- 10) фінансовий план;
- 11) стратегія фінансування.

IV – оцінка бізнес-плану, його критичний аналіз, доробка та переробка. Протестувати зміст і доступність бізнес-плану можна за допомогою відповідей на питання, поданих у робочій карті № 27.

Робоча картка № 27

1. Чи можна за допомогою бізнес-плану отримати чітке уявлення про діяльність медичного закладу та його послуги?
2. Чи надано чітку картину змін внутрішнього та зовнішнього середовища даного закладу?
3. Конкуренція.
4. Чи очевидні завдання медичного закладу, до якої мети він іде?
5. Чи є основна стратегія дієвою?
6. Чи є практичні заходи правильними та достатніми для досягнення цілей?
7. Ринок.
8. Який рівень вдосконалення надаваних послуг (товарів)?
9. Який рівень вдосконалення методики та технології надання послуг(товарів)?
10. Яка структура організації та штату?
11. Економічні показники.
12. Чи є передумови для росту рентабельності, підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності?
13. Чи враховано всі чинники ризику?
14. Коли можна чекати повернення вкладених коштів і отримання інвесторами доходу? Який його обсяг?

17. Соціальні основи маркетингу

Маркетинг – вид діяльності, спрямованої на задоволення людських потреб шляхом обміну. Головною ідеєю, що лежить в основі маркетингу, є ідея людських потреб. Якщо *обмін* – основне поняття маркетингу як наукової дисципліни, то основною одиницею вимірювання у сфері маркетингу є *угода* – комерційний обмін

цінностями між двома сторонами.

Поняття "угода" приводить нас до поняття "ринок" – сукупності існуючих і потенційних покупців товару. У розвинутому суспільстві ринок не обов'язково якимось фізичне місце, де зустрічаються та заключають угоди продавці з покупцями. Використовуючи сучасні засоби зв'язку та транспорту продавець може дати рекламу товару на телебаченні, зібрати сотні замовлень телефоном та уже наступного дня розіслати товари поштою, не зустрічаючись з покупцем.

Основою маркетингу є такі заняття, як розробка (проектування) товару, дослідження, налагоджування комунікацій, організація розподілу товару, визначення цін, створення служби сервісу.

Управління маркетингом – це вплив на рівень, час і характер попиту таким чином, щоб допомагати організації досягнути цілей. *Завдання* маркетингу залежить від стану попиту, який може бути негативним, відсутнім, таким, що падає, нерегулярним, повноцінним, надмірним, нераціональним. Наприклад, у суспільстві негативний попит на щеплення, стоматологічні процедури, операції з видалення сім'яних протоків та на жовчному міхурі. Завдання маркетингу проаналізувати, чому ринок негативно ставиться до певного товару чи послуги та чи може програма маркетингу змінити таке ставлення шляхом удосконалення товару, зниження цін тощо.

Концепція управління маркетингом має п'ять основних елементів: вдосконалення виробництва, вдосконалення товару, інтенсифікація комерційних зусиль, концепція маркетингу та соціально-етичного маркетингу.

Найбільш давнім є елемент *вдосконалення виробництва*, згідно з яким покупці найкраще ставляться до товарів, широко розповсюджених і доступних за ціною. Тому керівництву слід зосередити свої зусилля на вдосконаленні виробництва та підвищенні ефективності системи розподілення товару.

Застосування зазначеної концепції доречно у двох ситуаціях: 1) коли попит на товар перевищує пропозицію (у цьому випадку збільшують виробництво товару); 2) коли собівартість товару дуже висока і її необхідно знизити (у цьому випадку підвищують продуктивність). Цю концепцію застосовував Г. Форд, сьогодні її застосовує корпорація "Тексас інструментс", що дозволило їй стати головним постачальником на американському ринку ручних калькуляторів. Цієї концепції притримуються й багато медичних і стоматологічних закладів, особливість яких полягає в організації роботи за принципом конвеєра.

Порівняно новим елементом у підприємницькій діяльності є *концепція маркетингу*. Вона визначає, що найкращим шляхом до досягнення цілей є визначення потреб цільових ринків і задоволення цих потреб більш ефективними та більш продуктивними, ніж у конкурентів, засобами.

Концепція маркетингу відбиває схильність фірми за теорії суверенітету споживача. Організація виготовляє те, що необхідно споживачу й отримує прибуток за рахунок максимального задоволення його потреб. Концепцію маркетингу взяли за основу такі великі компанії як "Проктер енд Гембл", "Ейвон", "Макдональдс" та ін.

Найновішою є концепція *соціально-етичного маркетингу*. Відповідно до

неї у рамках маркетингової політики підприємці дотримуються трьох умов: 1) задоволення потреб; 2) прибуток; 3) благополуччя, добробут споживачів та суспільства.

Маркетинг зачіпає інтереси всіх людей, які мають свої цілі, іноді прямо протилежні. Тому й ставлення до маркетингу різне. Що чекати суспільству від системи маркетингу? Це питання актуальне, тому що органи влади різних рівнів все частіше вдаються до регулювання маркетингової діяльності фірм. Пропонують чотири варіанти відповіді на питання про істинну мету системи маркетингу:

- досягнення максимально можливого рівня споживання;
- досягнення максимального задоволення потреб споживачів;
- надання максимально широкого вибору товарів (послуг);
- максимальне підвищення рівня якості життя.

Аналіз ринкових можливостей

Жодна фірма не може довічно виробляти та продавати один і той же товар чи групу товарів. Кожна організація має вміння виявляти ринкові можливості, що з часом стають для неї доступними. Для їх виявлення слід застосовувати схему (сітку) розвитку товару та ринку (табл.4)

Таблиця 4.

Виявлення нових ринків

Товари \ Ринки	Існуючі	Нові
Існуючі	Більш глибоке проникнення на ринок	Розробка товару
Нові	Розширення меж ринку	Диверсифікація

Табл.4 Виявлення нових ринків за допомогою сітки розвитку товару та ринку

Більш глибоке проникнення на ринок без внесення якихось змін у сам товар можна досягти такими засобами: зниження ціни, збільшення витрат на рекламу, розповсюдження товару через більшу кількість магазинів, забезпечення викладки у більш помітних місцях на магазинних полицях та ін.

Розширення меж ринку здійснюють, як правило, шляхом пошуку нових ринків. Стратегічним підходом до цього є вивчення демографічних (для школярів, молоді, людей старшого віку) та географічного ринків (інших населених пунктів, країн), ринку організацій (лікарень, косметичних кабінетів, центрів здоров'я тощо).

Розробка товару – це можливість запропонувати абсолютно новий товар або модифікацію існуючих товарів (нова упаковка, новий аромат тощо) на існуючих ринках.

Диверсифікація – це можливість запропонувати нові товари на нових ринках. При цьому організація може відкрити у себе або купити виробництва, які не пов'язані з її нинішніми асортиментом і ринками.

Відбір цільових ринків

Процес виявлення й оцінки ринкових можливостей породжує багато нових ідей. Тому важливим завданням є вибір кращих із них, таких, що відповідають цілям і ресурсам організації. Наприклад, фірма провела оцінку ринкових можливостей і виявила, що найбільш перспективним є ринок засобів від головного болю. Товар подібного типу добре впишуть у рамки існуючих маркетингових переваг фірми, якщо у неї великий штат продавців, розвинута мережа розповсюдження товарів і є досвід збуту фасованих товарів масового вжитку. Але цього замало. Керівництво повинно бути упевненим: 1) що успішно зможе співробітничати з найбільш важливими представниками ринку засобів від головного болю; 2) зуміє налагодити гарні відносини з постачальниками вихідних хімічних речовин, необхідного устаткування та інших матеріалів для нового виробництва; 3) має міцні зв'язки з основними маркетинговими посередниками, які будуть постачати препарат клієнтам; 4) розробить такий засіб від головного болю, який буде мати привабливі відмінності від подібних препаратів, запропонованих конкурентами; 5) проникнення фірми у цю сферу не викличе роздратування населення.

Крім того кожна можливість необхідно вивчити з погляду розміру характеру ринку. Цей процес має чотири етапи: вимірювання та прогнозування попиту, сегментування ринку, вибір цільових сегментів і позиціонування товару.

Вимірювання та прогнозування попиту. Для оцінювання існуючого розміру ринку компанія вивчає всі засоби від головного болю, що продають, та оцінює обсяг продажу кожного з них. Важливо також прогнозувати на майбутнє розмір ринку засобів від головного болю, адже перспективно виходити на ринки, що розширюються.

Сегментування ринку. Припустимо, прогноз сприятливий. Тепер організації необхідно вирішити, як вона буде виходити на ринок. Складовими частинами ринку є споживачі, товари та попит. Групи споживачів формуються за різними ознаками: географічними (регіони, міста), демографічними (стать, вік, рівень доходів, освіти), соціографічними (приналежність до певного соціального класу, спосіб життя), поведінковими (приводи для купівлі, шукані вигоди, інтенсивність споживання). Процес розподілу споживачів на групи на основі відмінностей у потребах, характеристиках і (або) поведінці називають *сегментуванням* ринку.

Сегмент ринку утворюють споживачі, які однаково реагують на один і той же набір спонукальних стимулів маркетингу. Споживачі, які обирають найбільш сильнодіючий засіб, незалежно від його ціни, складають один сегмент ринку. До другого сегменту потрапляють ті, хто насамперед звертає увагу на ціну і т. д. Тому складають профіль усіх цільових сегментів ринку, описавши їх за властивими ознаками, щоб оцінити привабливість кожного з них як маркетингової можливості для фірми.

Вибір цільових сегментів ринку. Фірма може вирішити вийти на один або декілька сегментів ринку. Припустимо, що болезаспокійливі засоби можна розділити на три види за інтенсивністю впливу: а) швидке полегшення; б) довготривале полегшення; в) поступове полегшення; а споживачів – на три групи за віком: а) молодь; б) люди середнього віку; в) літні люди. Зіставляючи інтенсивність

впливу та вік споживачів, можна виділити дев'ять сегментів ринку.

Існує п'ять способів виходу на такий ринок:

1. Концентрація уваги на одному сегменті. Компанія може прийняти рішення про обслуговування тільки одного сегменту ринку, запропонувавши беззаспокійливий засіб довготривалої дії особам середнього віку.

2. Орієнтація на потреби споживачів. Компанія може зосередитися на задоволенні якоїсь однієї потреби, наприклад, виробництво беззаспокійливого засобу довготривалої дії для всіх вікових категорій.

3. Орієнтація на групу споживачів. Компанія може прийняти рішення про виробництво всіх типів беззаспокійливих засобів, необхідних для конкретної групи споживачів, наприклад, осіб середнього віку.

4. Обслуговування декількох, не пов'язаних між собою сегментів.

5. Охоплення усього ринку – виробництво усього асортименту беззаспокійливих засобів для обслуговування всіх сегментів ринку.

Позиціонування товарів – забезпечення такого місця на ринку, яке безсумнівно відрізняло б товар від інших, і це було доведено до відома цільових споживачів.

18. Організаційні аспекти діяльності клініко-діагностичних лабораторій

У процесі лікування хворі проходять багато різних видів діагностичного обстеження. Серед них важливе місце займають клінічні лабораторні дослідження. За даними ВООЗ їх частка складає 75–90% від усіх досліджень, що проходять пацієнти у ЛПЗ. Лабораторні дослідження призначають для постановки та підтвердження діагнозу, диференціальної діагностики захворювань, визначення прогнозу, обґрунтування тактики лікування, його зміни або оцінки ефективності. Практичне вирішення всіх цих завдань у ЛПЗ покладено на клініко-діагностичну лабораторію (КДЛ).

Сучасна КДЛ здійснює широкий спектр аналізів. Їх структура відповідає задачам ЛПЗ. Найбільш поширені КДЛ загального типу, які мають єдину структуру. Однак традиційно існує розподіл на невеличкі лабораторії або відділи. Це – клінічна, біохімічна, імунологічна, цитологічна лабораторії.

Бактеріологічна лабораторія, як правило, не входить у склад КДЛ і функціонує як самостійний підрозділ ЛПЗ, тобто є спеціалізованою лабораторією.

КДЛ ЛПЗ – діагностичний підрозділ, що має права самостійного відділення. Її функції – організація та виконання гематологічних, загальноклінічних, цитологічних, біохімічних, коагуляційних, імунологічних досліджень; консультативна допомога лікарям у виборі найбільш інформаційних лабораторних тестів для обстеження пацієнтів та інтерпретації результатів лабораторних аналізів.

Одне з найбільш важливих завдань КДЛ – діагностика невідкладних станів для постановки діагнозу в екстреній ситуації, оцінка тяжкості стану хворого, корекція терапії. Цю роботу в більшості ЛПЗ виконують лабораторії експрес-діагностики, для яких розробляють перелік діагностичних тестів, затверджених керівництвом ЛПЗ.

Основні вимоги до організації діяльності КДЛ викладені у “Положенні про лабораторію”.

19. Менеджмент і маркетинг – основа управління сучасною клініко-діагностичною лабораторією

У наш час відбуваються корінні зміни умов діагностичної діяльності КДЛ у зв'язку з необхідністю "виживання" у ринкових умовах і досягнення комерційного успіху. Без знання принципів сучасного менеджменту та маркетингу неможливо ефективно використовувати наявні ресурси та знаходити додаткові.

Зараз КДЛ необхідно забезпечити ефективність аналізів шляхом підбору устаткування, сполучення автоматизованих і ручних методик дослідження, поділу праці, управління якістю, облік та раціональне використання матеріальних ресурсів і т. п. У зв'язку з цим на перший план виходить економічна діяльність КДЛ, її рентабельність. Згідно з принципами менеджменту номенклатура й обсяг досліджень стають предметом прийняття управлінського рішення, а джерелом оновлення основних фондів – діяльність самої лабораторії.

Повністю змінено контекст роботи завідуючого КДЛ: із керівника виробництва він стає менеджером підприємства, відповідальність якого значно ширша. Нові умови діяльності КДЛ – економічна доцільність і розвиток на ринку лабораторних послуг. Завдання менеджера – укріплення позицій лабораторії на ринку шляхом ефективного використання ресурсів.

Оцінка економічної ефективності діяльності клініко-діагностичної лабораторії

Сучасний маркетинг неможливий без оцінки економічної ефективності діяльності КДЛ, яка у більшості країн включає два рівні:

- 1) виробничі витрати на проведення лабораторних тестів;
- 2) економічна оцінка витрат, пов'язаних із вкладом лабораторій у лікування пацієнтів, що дозволяє відповісти на запитання: чи клінічно ефективні лабораторні тести з точки зору поліпшення якості медичної допомоги пацієнту, тобто чи виправдовують вони свою вартість.

Основними економічними показниками, що характеризують перший рівень, є:

- собівартість (вартість) аналізу – сумарні витрати на виробництво та реалізацію результатів аналізів;
- прибуток від реалізації – різниця між виручкою за проведені лабораторні аналізи та їх собівартістю;
- рентабельність результатів лабораторних аналізів – відношення прибутку від реалізації до собівартості.

Визначення собівартості лабораторних аналізів – задача, яку вирішує кожна КДЛ. У нашій країні ще не накопичено досить досвіду цієї роботи. Закордонні комерційні КДЛ для розрахунку собівартості аналізів роблять такі розрахунки:

собівартість аналізу = прями витрати + посередні витрати + накладні витрати,

де **прямі витрати** = лабораторні трудові затрати + реагенти;

посередні витрати = посередні матеріали (лабораторні матеріали, відходи) + посередні трудові затрати (контроль, навчання, дослідження, розвиток) + інші посередні витрати (амортизація, утримання, обробка даних і т.п.);

накладні витрати = витрати на збір/звіти (збір зразків, звіти про тести, інтерпретація результатів, маркетинг) + адміністративні витрати (заробітна плата адміністративному та медичному персоналу, комунікації, навчання, безпека, перевірка якості, продовжуване навчання, перевезення).

До непрямих витрат (посередні та накладні) у закордонних КДЛ відносять:

- короткострокова чи довгострокова оренда устаткування;
- сервіс і обслуговування устаткування;
- амортизаційні відрахування;
- заробітну плату (менеджмент, служба підтримки та сервісу);
- видаткові матеріали, що використовують не для аналізів (контроль якості тощо);
- лабораторну інформаційну систему;
- ліцензії, гонорари;
- професійне навчання (конференції, тренінги та ін.);
- обслуговування інженерних систем;
- комунальні платежі;
- підготовку приміщень для інсталяції устаткування та перепланування приміщень.

Між тим на практиці розрахунок собівартості одного аналізу – нелегка справа навіть для комерційних лабораторій, яка потребує багато часу та розуміння методів виконання досліджень. Під час розрахунку необхідно детально розкласти кожний аналіз на його складові частини, урахувати кількість реактивів, контрольних матеріалів, кювет, мийного розчину й іншого видаткового матеріалу. Особливо трудомісткий цей процес для бактеріологічних аналізів. Цю роботу треба починати з найпростіших видів досліджень, наприклад, із загальноклінічного аналізу крові на гематологічному аналізаторі. Потім можна переходити до гормональних, серологічних і біохімічних аналізів, поступово набуваючи досвіду.

20. Роль менеджменту та маркетингу в управлінні якістю роботи клініко-діагностичної лабораторії

Крім надання вірогідної діагностичної інформації, важливим завданням КДЛ є забезпечення високої якості результатів лабораторних досліджень, яка має три рівнозначні аспекти:

- якісне задоволення запиту приватного пацієнта або корпоративного клієнта (якість як забезпечення сервісу під час надання лабораторної послуги);
- дослідження, що зумовлюють відповідність характеристик результату певним вимогам, які пред'являють до технології та методики аналізу (аспект технології та методики дослідження);
- здатність забезпечити якість у двох перших аспектах за мінімальних витрат (виробничо-економічний аспект).

Перший аспект якості залежить від забезпечення сервісу під час надання лабораторної послуги. Приватні пацієнти здебільшого оцінюють якість роботи лабораторії за ставленням до них у процедурному кабінеті або медичному офісі, за затраченим часом на взяття аналізів. Має значення і зовнішній вигляд медичного працівника, його привітність, те, наскільки він володіє методикою збирання крові, як швидко та у які терміни можна отримати результати аналізів і навіть оформлення бланку результатів досліджень.

Для корпоративних клієнтів сервіс під час надання лабораторних послуг також має велике значення. Успіх КДЛ забезпечують надання одноразових фірмових пристроїв для збирання крові та біологічного матеріалу, наявність гарно оформлених і надрукованих у типографії бланків-заявок на дослідження, вчасне прибуття кур'єра до клієнта, наявність у нього контейнерів для транспортування біологічного матеріалу в лабораторію, своєчасна доставка результатів аналізів, консультації спеціалістів щодо результатів і т. п.

Відсутність зв'язку між клініцистами (замовниками лабораторних досліджень і користувачами лабораторної інформації) та спеціалістами лабораторії – найслабкіша ланка сучасних комерційних лабораторій порівняно з КДЛ у державних ЛПЗ.

Другий аспект якості – це технології (оснащеність лабораторії сучасним обладнанням) і методики дослідження, застосовуваних лабораторією для отримання результатів. Не менш важливим є професіоналізм співробітників і рівень організації технологічних процесів. Низький рівень професійної підготовки спеціалістів і погана організація досліджень (наприклад, відсутність регулярного внутрішньо-лабораторного контролю якості, перевищення часових інтервалів калібровки аналізаторів) призводять до отримання помилкових результатів і зведення нанівець усіх зусиль працівників. Цей аспект має бути головним під час оцінювання якості результатів лабораторних досліджень і якості роботи КДЛ.

У рамках доказової медицини технологічні процеси в КДЛ необхідно стандартизувати відповідно до науково обґрунтованих вимог міжнародних або вітчизняних стандартів. Із позицій сучасного менеджменту КДЛ необхідно:

- забезпечити якісне виконання технологічних операцій (стандартизація, автоматизація, контроль якості та засобів вимірювань);
- застосовувати технології, що дозволяють об'єктивно і з високим ступенем надійності відображати стан внутрішнього середовища організму та його зміни, викликані певним патологічним процесом;
- домагатися додержання міжнародних стандартів за критеріїв допустимих помилок і точності методів дослідження;
- мати позитивні результати регулярних перевірок діяльності лабораторії зовнішніми незалежними організаціями з контролю якості;
- надавати отримані результати аналізів у максимально інформативній формі;
- застосовувати технології, які забезпечують безпеку пацієнта та персоналу.

Виробничо-економічний аспект якості передбачає застосування найсучас-

ніших технологій під час проведення аналізів, які б максимально забезпечували відповідність отриманих результатів об'єктивному стану пацієнта. При цьому витрати на проведення досліджень мають бути якомога меншими. Практично КДЛ необхідно віднайти таке оптимальне співвідношення між витратами на проведення аналізів і їх якістю, яке зможе забезпечити перевагу даної КДЛ над конкурентами.

21. Шляхи реформування служби клінічної лабораторної діагностики

На зміну фінансування КДЛ за залишковим принципом поступово приходить здоровий прагматизм подальшого розвитку самостійного економічного функціонування КДЛ. Розрахунок собівартості лабораторних досліджень, визначення критеріїв оцінки економічної ефективності діяльності КДЛ і її рентабельність обумовлюють існування лабораторії будь-якої форми власності у сучасних умовах. Без цього неможливо вибрати правильний шлях до реформування служби клінічної лабораторної діагностики. Лабораторія має сама визначати напрямок свого розвитку та знаходити засоби для його забезпечення.

Найбільш реальним вважають поступовий перехід до фінансової самостійності. Це – перший крок до реальної самостійності, де у подальшому фінансові результати, клінічна та економічна виправданість і ефективність стануть основними критеріями під час прийняття управлінських рішень. Цим обумовлено стрімке зростання значущості для сучасної КДЛ прикладних аспектів економічних наук – бухгалтерського обліку, фінансів підприємства, менеджменту та маркетингу. Одночасно відбувається і пошук шляхів визначення маркетингових підходів до управління КДЛ, інформатизації її діяльності.

Процес лабораторних досліджень, його інформативність і підвищення рівня економічної діяльності КДЛ міцно взаємозв'язані. Основний шлях до підвищення якості результатів лабораторних аналізів і зниження витрат на їх проведення – управління стандартизованими та доступними контролю дослідницькими процесами. Однак деякі проблеми, що стоять перед КДЛ, не в змозі вирішити спеціалісти лабораторії. Управління фінансами КДЛ, формування бюджету, маркетинг з просування лабораторних послуг на сучасному ринку потребують залучення фінансистів, менеджерів, спеціалістів з бухгалтерського обліку та інформатизації. Таке об'єднання зусиль різних спеціалістів стане об'єктивним критерієм переходу КДЛ до фінансової самостійності.

Запитання для самоконтролю

1. Чим обумовлена актуальність оволодіння основами управління майбутніми лікарями?
2. Як відбувалося становлення медичної справи в Україні в VII–XIX ст.?
3. Які основні етапи розвитку управління системою охорони здоров'я у XX ст.?
4. Що являє собою менеджмент, як науково обґрунтований процес управління?
5. У чому полягає різниця між поняттями "менеджмент" і "підприємництво"?
6. Які існують основні школи менеджменту та їх представники?
7. Які основні складові частини науки управління та її предмет?
8. Які основні принципи та закони науки управління?
9. Які основні чинники обумовлюють складність управління системою охорони здоров'я?
10. У чому полягає практична значущість комплексного підходу щодо удосконалення системи управління?
11. Які провідні комплекси проблем науки управління?
12. Що означає поняття "система управління"?
13. Що розуміють під поняттям "організація" системи управління?
14. Які основні методи управління?
15. У чому полягає культура управління?
16. Яка основна мета культури управління?
17. Які є стилі керівництва? Які характерні риси їм притаманні?
18. Яке технічне забезпечення використовують в управлінні?
19. Що означає поняття "керована система"?
20. Назвіть основні структурно-функціональні частини керованої системи.
21. Які методичні прийоми застосовують під час організації чи доорганізації системи?
22. Які основні загальні властивості організованої управлінської системи?
23. Що означає поняття "компоненти системи"?
24. Які основні компоненти системи охорони здоров'я та медичної допомоги?
25. Які аспекти конкретизують зміст системного підходу, прокоментуйте їх?
26. У чому полягає суть поняття "управління"?
27. На які технологічно-функціональні фази поділяють процес управління?
28. У чому полягає значущість технологічно-функціональних фаз для управлінської практики?
29. Що означають поняття "управлінська операція" та "управлінська процедура"? Які існують види управлінської операції та процедури?
30. Які основні вимоги до процесу управління?
31. У чому полягає роль функцій управління?
32. Які провідні управлінські функції?
33. Що являють собою загальні посадові вимоги?

34. Які основні складові частини професійно-посадових вимог?
35. У чому полягає значущість професійно-посадових вимог для управлінської практики?
36. Які теорії та методи застосовують під час прийняття управлінських рішень?
37. У чому полягає суть теорій та методів управління?
38. Які технологічні аспекти розробки та прийняття управлінських рішень?
39. Які умови необхідні для виконання управлінського рішення?
40. У чому полягає значення умов виконання рішення в управлінській практиці?
41. Які існують види контролю?
42. Які основні вимоги до організації контролю в управлінській практиці?
43. Які основні принципи планування в різних системах охорони здоров'я?
44. У чому полягає суть поняття "програма"?
45. Які основні ознаки та структура програми?
46. Які існують методи планування в системі охорони здоров'я?
47. У чому полягає суть понять "норми" та "нормативи" системи охорони здоров'я?
48. У чому зміст різних аспектів якості медичного обслуговування?
49. Що являє собою клініко-статистична група?
50. Які існують види стандартів якості та шляхи їх застосування?
51. Якою є структура МКР?
52. Якою є методика розрахунку КДР?
53. Яка основна мета та види контролю в управлінні?
54. У чому полягає суть поняття "менеджер системи охорони здоров'я"?
55. Які знання та вміння мають бути притаманні менеджеру системи охорони здоров'я?
56. Яке визначення поняття "стратегія"?
57. Які основні завдання стратегії?
58. У чому полягає суть процесу стратегічного управління?
59. Які існують види стратегічного управління?
60. Що таке бізнес-план? У чому полягає його значення?
61. У чому полягають переваги планування на основі бізнес-плану?
62. Які основні задачі бізнес-планування?
63. Чим характерні основні етапи складання бізнес-плану?
64. З яких основних пунктів складається бізнес-план ЛПЗ?
65. У чому полягає суть поняття "маркетингу"?
66. Які основні соціальні основи функцій маркетингу?
67. У чому полягає суть управління маркетингом? Які основні завдання?
68. Які особливості концепції управління маркетингом?
69. Що потребує від підприємців концепція соціально-етичного маркетингу?
70. Як провести аналіз ринкових можливостей?
71. Що являє собою сітка розвитку товару та ринку?

72. Які принципи відбору цільових ринків?
73. Які характерні риси сегментів ринку?
74. Які основні функції КДЛ?
75. Які основні завдання КДЛ?
76. У чому полягає суть нових умов діяльності КДЛ на ринку?
77. Як оцінити економічну ефективність діяльності КДЛ?
78. Як визначають собівартість лабораторних аналізів?
79. Які мають бути умови забезпечення високої якості результатів лабораторних досліджень?
80. Які вимоги сучасного менеджменту до КДЛ?
81. Які проводять основні маркетингові заходи в нових умовах діяльності КДЛ?
82. Які можливі шляхи реформування служби КДЛ?

Додатки

Додаток 1

Ситуаційні завдання для самостійної роботи

Варіант 1

Кінцеві результати діяльності педіатричної дільниці

Показник	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка у балах			Результат	
			Норматив	Відхилення		у відповідних одиницях вимірювання	у балах
				Знак	За одиницю вимірювання		
<i>Результативної</i>							
Рівень якості лікування (РЯЛ)	%	85	5	+	0,1	80	
Рівень якості диспансеризації (РЯД)	%	70	5	+	0,1	75	
Перша група здоров'я	%	60	5	+	0,3	65	
<i>Дефектів</i>							
Захворювання на дифтерію	випадків на 1 000 дітей			–	0,12	5	
Смертність дітей вдома від: – пневмонії	випадків на 1 000 дітей			–	1,2	1	
– гострих кишкових інфекцій	випадків на 1 000 дітей			–	1,2	1	
Обґрунтовані деонтологічні скарги	випадків на 1 000 дітей			–	0,3	1	

1. Розрахуйте та оцініть КДР для педіатричної дільниці.
2. Обґрунтуйте, які кінцеві показники (результативності чи дефектів) треба було включити додатково у МКР праці дільничного педіатра.

Варіант 2

Кінцеві результати діяльності акушерсько–гінекологічної дільниці

Показники	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка у балах				Результат	
			Норматив	Відхилення			у відповідних одиницях вимірювання	у балах
				Знак	За одиницю вимірювання			
Показники результативності								
РЯЛ	% від стандарту	90	5	+	0,2	87,0		
Передчасні пологи	% від кількості пологів	4	3	–	0,2	4,6		
Аборти	Випадків на 1 000 жінок дітородного віку	120	3	–	0,02	126,8		
Показники дефектів								
Материнська смертність	Випадків на 100 тис. живонароджених				2,3	2,0		
Смертність від абортів	на 1 000 жін.				2,0	1,0		

1. Розрахуйте та оцініть КДР для акушерсько-гінекологічної дільниці.
2. Обґрунтуйте, які кінцеві показники (результативності чи дефектів) треба включити додатково у МКР діяльності акушерсько-гінекологічної дільниці.

Варіант 3

Кінцеві результати діяльності стаціонару лікарні

Показник	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка у балах			Результат	
			Норматив	Знак	Відхилення За одиницю вимірювання	у відповідних одиницях вимірювання	У балах
Показники результативності							
РЯЛ	%	98	6	+	1	96,0	
Летальність у відділеннях для дорослих за терапевтичним профілем	%	1	2	-	0,3	1,5	
Показники дефектів							
Розходження клініко-анатомічних діагнозів	% від кількості померлих			-	0,5	2,1	
Післяопераційні ускладнення	% від кількості операцій			-	0,1	1,4	
Ускладнення, які наступили у процесі лікування з вини лікаря (шок, кровотеча, післяін'єкційні абсцеси)	% від кількості тих, кого лікували			-	0,25	2,3	
Несвоєчасне направлення на медико-соціальному експертну комісію (МСЕК)	% від кількості тих, кого повинні направити на МСЕК			-	0,5	7,1	

1. Розрахуйте та оцініть КДР стаціонару лікарні для дорослих.

2. Обґрунтуйте, які кінцеві показники (результативності чи дефектів) треба включити додатково у МКР.

Варіант 4

Кінцеві результати діяльності ЦРЛ

Показник	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка у балах			Результат	
			Норматив	Відхилення		у відповідних одиницях вимірювання	у балах
				Знак	За одиницю вимірювання		
Показники результативності							
Реабілітація інвалідів	% від кількості інвалідів, які були в наявності	13	3	+	0,1	11,0	
Перша група здоров'я дітей 1-го року життя	% від кількості здорових дітей до року життя	60	5	+	0,5	49,0	
Смертність немовлят	Число померлих до 1 року життя на 1000 народжених живими	12,5	4	-	2	11,0	
Показники дефектів							
Раптова смерть хворих, які не спостерігались лікарем	Випадків на 10 тис. населення			-	1,2	2,0	
Відмова у видачі лікарняного листка у разі тимчасової непрацездатності	Випадків на 10 тис. населення			-	1	1,1	
Смертність серед матерів	Випадків на 100 тис. живонароджених			-	5	0,8	

1. Розрахуйте та оцініть КДР для ЦРЛ.

2. Обґрунтуйте, які кінцеві показники (результативності чи дефектів) треба було включити додатково у МКР.

Варіант 5

Кінцеві результати діяльності системи охорони здоров'я на території міста

Показник	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка у балах			Результат	
			Норматив	Відхилення		у відповідних одиницях вимірювання	у балах
				Знак	За одиницю вимірювання		
Показники результативності							
Смертність	Випадків на 1 000 населення	8,5	5	–	1	9,4	
Первинний вихід на інвалідність	Випадків на 1 000 працюючих	37	4	–	0,5	38,0	
Перша група обліку диспансерних хворих	% від загальної кількості хворих	25	4	–	0,1	21,0	
Перинатальна смертність	Мертвонароджених та померлих у перші 6 днів життя на 1 000 народжених	18	4	–	0,5	18,4	
Показники дефектів							
Виявлення хворих на запущених стадіях туберкульозу та онкологічні захворювання	Випадків на 10 000 населення			–	1,0	0,8	
				–	0,1	4,9	

1. Розрахуйте та оцініть КДР системи охорони здоров'я на території міста.

2. Обґрунтуйте, які кінцеві показники (результативності чи дефектів) треба було б включити додатково у МКР.

Варіант 6

Кінцеві результати діяльності педіатричної лікарської дільниці

Показник	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка у балах			Результат	
			Норматив	Відхилення		у відповідних одиницях вимірювання	у балах
				Знак	За одиницю вимірювання		
Показники результативності							
РЯЛ	Середній % РЯЛ для усіх хворих на гострі та хронічні захворювання	85	5	+	0,1	88,0	
РЯД	Середній % РЯД від усіх здорових дітей	70	5	+	0,1	69,0	
Перша група здоров'я дітей року життя	% дітей, які не хворіли до року	60	5	+	0,3	48,0	
Показники дефектів							
Захворюваність на дифтерію	Випадків на 1 000 дітей				0,12	1,0	
Смерть дітей вдома від пневмонії	Випадків на 1 000 дітей				1,2	1,0	

1. Розрахуйте та оцініть КДР педіатричної лікарської дільниці.

2. Обґрунтуйте, які кінцеві показники (результативності чи дефектів) треба було б включити додатково у МКР.

Варіант 7

Кінцеві результати діяльності жіночої консультації

Показник	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка у балах			Результат		
			Норматив	Знак	Відхилення		у відповідних одиницях вимірювання.	у балах
					За одиницю вимірювання			
Показники результативності								
РЯЛ	% від стандарту	90	5	+	0,2	87,0		
Передчасні пологи	% від кількості пологів	4	3	–	0,2	4,6		
Аборти	Випадків на 100 жінок дітородного	120	3	–	0,02	126,8		
Показники дефектів								
Смертність серед матерів	Випадків на 100 тис. живонароджених				2	–		
Смертність від абортів	Випадків на 1 000 жінок дітородного				1	2,1		

1. Розрахуйте та оцініть КДР жіночої консультації.

2. Обґрунтуйте, які кінцеві показники (результативності чи дефектів) треба було б включити додатково у МКР.

Варіант 8

Кінцеві результати діяльності педіатричної лікарської дільниці.

Показник	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка в балах				Результат	
			Норматив	Знак	Відхилення		у відповідних одиницях вимірювання	у балах
					За одиницю вимірювання			
Показники результативності								
РЯЛ	Середній % РЯЛ для усіх хворих на гострі та хронічні захворювання	85	5	+	0,1	80		
РЯЛ	Середній % РЯЛ усіх здорових дітей	70	5	+	0,1	75		
Перша група здоров'я дітей року життя	% дітей, які не хворіли до року життя	60	5	+	0,3	50		
Показники дефектів								
Захворюваність на дифтерію	Випадків на 1000 дітей				0,12	4		
Смерть дітей вдома від пневмонії	Випадків на 1000 дітей				1,2	2		

1. Розрахуйте й оцініть КДР педіатричної лікарської дільниці.

2. Обґрунтуйте, які кінцеві показники (результативності або дефектів) необхідно було б включити додатково в МКР.

Назви бізнес-карт для бізнес-плану медичного закладу

- № 1. Загальноорганізаційні питання.
- № 2. Визначення видів виробничо-комерційної діяльності.
- № 3. Основні відомості про сферу діяльності.
- № 4. Збір інформації.
- № 5. Визначення групи клієнтів.
- № 6. Прогнози потенційного попиту.
- № 7. Поводження клієнта під час торгівельної угоди.
- № 8. Характеристика конкурентів.
- № 9. Розвиток конкуренції.
- № 10. Сфера діяльності медичного закладу в зазначеному році.
- № 11. Основні можливості та труднощі.
- № 12. Завдання, що буде вирішувати заклад через 5 років.
- № 13. Стратегія закладу.
- № 14. Визначення завдань збуту.
- № 15. Характеристика ринку.
- № 16. План збуту.
- № 17. Характеристика напрямів для вдосконалення.
- № 18. План вдосконалення.
- № 19. Характеристика виробництва (технології надання медичних послуг).
- № 20. План виробництва.
- № 21. Характеристика організації закладу та його керівництва.
- № 22. План вдосконалення організації закладу.
- № 23. Характеристика економіки медичного закладу.
- № 24. План медичного закладу з економіки.
- № 25. Комерційна ідея.
- № 26. Вільна бізнес-карта.

Список рекомендованої літератури

Андрійчук, В. Менеджмент: прийняття рішень і ризик [Текст]: навч. посіб. / В. Андрійчук, Л. Вауер. – К., 1999. – 344 с.

Грейсон, Дж. К. Американский менеджмент на пороге XXI века [Текст]: [пер. с англ.] Дж. К. Грейсон, К. О'Делл. – М.: Экономика, 1991. – 319 с.

Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие [Текст]: Раб. док. для консультаций. – Копенгаген: ВОЗ, 1997. – 216 с.

Журавель, В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения [Текст] / В.И.Журавель. – К., 1994. –335 с.

Казанцев, А. К. Практический менеджмент: В деловых играх, хозяйственных ситуациях, задачах и тестах [Текст]: учеб. пособие / А. К. Казанцев, В. И. Подлесных, Л. С . Серова. – М., 1999. – 764 с.

Канюка, Г. Психологические особенности управленческой деятельности руководителей медицинских учреждений [Текст] / Г.Канюка // Глав. врач. – 2002.– №2. – С.50–51.

Кишкун, А. А. Справочник заведующего клинико-диагностической лабораторией [Текст] / А. А. Кишкун. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 704с.

Котлер, Ф. Основы маркетинга [Текст] / Ф. Котлер. – М.: "Бизнес-книга", "ИМА-КроссПлюс", 2004 –702 с.

Марков, И. Л. Основы менеджмента и маркетинга [Текст] / И. Л. Марков.– М.: Мир, 1997. – 360 с.

Мескон, М. Х. Основы менеджмента [Текст] : [пер. с англ] / М.Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури, –М.: Дело, 1997. –704 с.

Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи [Текст] / під ред. В. М. Пономаренка. – К., 1999. – 309 с.

Реформы здравоохранения в Европе: анализ нынешних стратегий. Резюме [Текст] –Копенгаген: ВОЗ. Европейское регион. Бюро, 1996. – 41 с.

Слепенков, И.М. Основы теории социального управления [Текст] / И. М. Слепенков, Ю. П. Аверин. – М.: Высшая шк., 1990. – 302 с.

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я [Текст] / під ред. Ю. В. Вороненка , В.Ф Москаленка . –Т.: Укрмедкнига, 2000. – 617 с.

Черваньов, Д. Менеджмент: Терміни, тести, вправи, завдання, навчальні ситуації (кейси), проблематика курсових, випускних, дисертаційних робіт [Текст]: підручник / Д. Черваньов. – К: Вид.-полігр. центр "Київ. ун-т", 2001. – 853 с.

Шейман И. М. Бюджетно-страховая система здравоохранения [Текст] / И.М.Шейман . – Кемерово: ИнсЭпз, 1992. – 129 с.

Зміст

Вступ	3
1. Розвиток управління медичною справою в Україні.....	3
2. Поняття менеджменту, його особливості в сучасний період.....	7
3. Управління як наука, принципи та методи.....	9
4. Комплексне вдосконалення процесів управління.....	11
5. Організація системи управління.....	16
6. Основні методи управління.....	17
7. Культура менеджменту.....	18
8. Використання техніки в управлінні.....	20
9. Функції управління	23
10. Планування як фаза процесу управління.....	27
11. Стандарти якості медичних послуг.....	30
12. Оцінка діяльності закладу охорони здоров'я.....	32
13. Контроль як управлінська функція.....	34
14. Менеджер у системі охорони здоров'я населення.....	34
15. Стратегічний менеджмент у галузі охорони здоров'я.....	37
16. Основні вимоги до складання бізнес-плану лікувально-профілактичного закладу.....	40
17. Соціальні основи маркетингу.....	42
18. Організаційні аспекти діяльності клініко-діагностичної лабораторії ..	46
19. Менеджмент і маркетинг – основа управління сучасною клініко-діагностичною лабораторією.....	47
20. Роль менеджменту та маркетингу в управлінні якістю роботи клініко-діагностичної лабораторії.....	48
21. Шляхи реформування служби клініко-лабораторної діагностики.....	49
Запитання для самоконтролю.....	51
Додатки	54
Список рекомендованої літератури.....	63